

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ**

ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ

ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

**KVALITA ŽIVOTA OSOB PEČUJÍCÍCH
O NESOBĚSTAČNÉ SENIORY**

Bakalářská práce

Autor práce: **Iveta Stratilová**

Vedoucí práce: **Prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc.**

2016

**CHARLES UNIVERSITY IN PRAGUE
FACULTY OF MEDICINE IN HRADEC KRÁLOVÉ**

INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE

DEPARTMENT OF NURSING

**THE QUALITY OF LIFE OF CARERS PROVIDING
ELDER CARE TO NON SELF-SUFFICIENT
PENSIONERS**

Bachelor's thesis

Author: **Iveta Stratilová**

Supervisor: **Prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc.**

2016

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Hradci Králové, 19. září 2016

.....
Iveta Stratilová

Na tomto místě chci poděkovat panu Prof. PhDr. Jiřímu Marešovi, CSc. za jeho připomínky, které mi poskytl v průběhu psaní bakalářské práce. Dále děkuji svému synovi Jiřímu za technickou pomoc při zpracování mé bakalářské práce.

OBSAH

ÚVOD.....	13
I TEORETICKÁ ČÁST.....	15
1 STÁRNUTÍ, STÁŘÍ.....	15
1.1 Stárnutí.....	15
1.1.1 Teorie kontinuity životní dráhy.....	15
1.1.2 Adaptace.....	15
1.1.3 Biologické mechanismy stárnutí.....	16
1.1.3.1 Buněčné aspekty stárnutí.....	16
1.1.3.2 Molekulární aspekty stárnutí.....	16
1.1.4 Involuční změny ve stáří.....	17
1.1.5 Psychická involuce.....	20
1.2 Stáří.....	21
1.2.1 Vymezení pojmu stáří.....	21
1.2.2 Periodizace stáří.....	21
1.2.3 Kalendářní stáří.....	22
1.2.4 Biologické aspekty stáří.....	22
1.2.5 Sociální stáří.....	22
1.2.6 Psychologické aspekty stáří.....	23
2 KVALITA ŽIVOTA, KVALITA ŽIVOTA VE STÁŘÍ.....	25
2.1 Kvalita života obecně.....	25
2.1.1 Vymezení pojmu.....	25
2.1.2 Subjektivní kvalita života.....	27
2.1.3 Objektivní kvalita života.....	28
2.1.4 Kvalita života související se zdravím.....	28
2.2 Nástroje ke zjišťování kvality života.....	29
2.2.1 Kvalitativní přístup.....	29

2.2.2	Kvantitativní přístup	30
2.3	Kvalita života ve stáří	32
2.3.1	Vnímání kvality života	32
2.3.2	Osobnost seniorů	33
2.3.2.1	Konstruktivní strategie	33
2.3.2.2	Strategie závislosti	33
2.3.2.3	Strategie obranná	34
2.3.2.4	Strategie hostility	34
2.3.2.5	Strategie sebenenávisti	34
3	BIO - PSYCHO - SOCIÁLNÍ PÉČE O SENIORY	35
3.1	Zajištění biologických potřeb	35
3.1.1	Základní lidské potřeby	35
3.1.1.1	Potřeba dýchání	36
3.1.1.2	Potřeba vody	36
3.1.1.3	Potřeba příjmu potravy	36
3.1.1.4	Potřeba vylučování a vyměšování	37
3.1.1.5	Potřeba fyzické aktivity	39
3.1.1.6	Potřeba spánku	39
3.2	Cévní mozková příhoda	40
3.2.1	Epidemiologie a rizikové faktory	40
3.2.2	Patogeneze	41
3.2.3	Klinický obraz	41
3.2.4	Diagnostika	41
3.2.5	Terapie a prevence	42
3.3	Alzheimerova choroba	42
3.3.1	Neurobiologie	42
3.3.2	Klinický obraz	43

3.3.3	Terapie	43
3.4	Péče o psychiku pacienta	43
3.4.1	Psychické změny	43
3.4.2	Zásady chování a komunikace při péči	44
3.5	Sociální péče o seniory	44
3.5.1	Chápání péče	45
3.5.2	Typy péče	45
3.5.3	Soběstačnost	47
3.5.3.1	Definice pojmu	47
3.5.3.2	Hodnocení soběstačnosti	48
3.5.4	Možnosti péče o seniory	52
3.5.4.1	Rodinná péče	52
3.5.4.2	Pečovatelská služba	52
3.5.4.3	Domovinky	53
3.5.4.4	Domovy důchodců	53
3.5.4.5	Domovy - penziony pro důchodce	53
3.5.4.6	Domy s pečovatelskou službou	53
4	PEČUJÍCÍ, PŘÍJEMCE PÉČE	54
4.1	Definice	54
4.2	Zátěž pečujícího	54
4.3	Problémy pečujících osob	55
4.3.1	Přijetí role pečovatele	56
4.3.2	Psychická a fyzická zátěž	56
4.3.3	Potíže v komunikaci	57
4.3.4	Osamělost pečovatelů	58
4.3.5	Nedostatek informací a praktických zkušeností	58
4.4	Ošetřovatelské diagnózy	59

4.5	Příjemce péče	59
5	DOSAVADNÍ VÝZKUMY O PEČUJÍCÍCH OSOBÁCH	61
5.1	Diskurzivní rámování a každodenní zkušenost péče o starší v České republice.....	61
5.2	Rodinná péče o seniory jako „práce z lásky“: nové argumenty.....	62
5.3	Mezigenerační solidarita v péči o seniory 2009-2012	63
5.4	Hodnocení zátěže, kvalita a spokojenost pečovateli.....	64
5.5	Kvalita života a sociální opora rodinných příslušníků pečujících o nesoběstačné seniory	65
	II EMPIRICKÁ ČÁST	67
6	METODOLOGIE VÝZKUMU	67
6.1	Kvalitativní výzkum - charakteristika.....	67
6.1.1	Delší a intenzivní kontakt s terénem	67
6.1.2	Pozorování v situacích běžných, „normálních“	67
6.1.3	Kombinace metod pozorování, vyprávění, nestrukturovaný nebo polostrukturovaný rozhovor	68
6.1.4	Stanovení širšího výzkumného problému a jeho zužování.....	68
6.1.5	Hlavním zdrojem dat jsou podrobné popisy prostředí a činností, zápisy doslovných výroků lidí	68
6.1.6	Pozorovatel vytváří na konci každého dne souhrny z pozorování, formuluje problémy	68
6.1.7	Hlavním výzkumným nástrojem je badatel sám	69
6.1.8	Badatel zjišťuje, proč lidé jednají určitým způsobem a jak si organizují každodenní aktivity	69
6.1.9	Badatel dopředu neví a ani nechce vědět, co mu má „vyjít“	69
6.1.10	Lze studovat průběh dění, samotné procesy	69
6.1.11	Dobře se reaguje na místní podmínky.....	69
6.2	Shrnutí.....	69

7	CÍLE PRÁCE	71
7.1	Výzkumné otázky	71
7.2	Aspekty výzkumných otázek	71
8	KRITÉRIA VÝBĚRU	73
9	POSTUP SBĚRU DAT	74
9.1	Nestandardizované pozorování	74
9.2	Vyprávění	74
9.3	Polostrukturovaný rozhovor	75
10	PŘÍPRAVA NA ROZHOVOR	76
10.1	Dohodnutí termínu a místa rozhovorů	76
10.2	Délka rozhovoru	76
10.3	Záznam rozhovoru	76
11	VÝSLEDKY	77
11.1	Pečující osoby	77
11.1.1	Pracovní zařazení seniora a pečující osoby před začátkem péče, před penzionováním	78
11.1.2	Zdravotní stav seniora i pečujícího před začátkem péče a nyní	79
11.1.3	Počátek péče	80
11.1.4	Rozhodování o péči	81
11.1.5	Informace o sociální podpoře státu, opoře zdravotníků, teoretické i praktické edukaci pečujících osob o poskytování péče - získání veškerých informací uceleně	82
11.1.6	Pomoc úzké rodiny	83
11.1.7	Úpravy v bytě	84
11.1.8	Zájmy před péčí a nyní	85
11.1.9	Nejobtížnější práce při péči	86
11.1.10	Co je v péči snazší	87
11.1.11	Současná finanční situace seniora a pečující osoby	88

11.1.12	Popište svůj běžný den	89
11.1.13	Co Vám v péči chybí a co by Vám pomohlo	90
11.1.14	Využití respitní péče	91
11.1.15	Co by doporučily nastávajícím pečujícím.....	92
11.1.16	Celkové hodnocení života při péči v porovnání s životem před péčí ...	92
11.1.17	Spolupráce s praktickým lékařem	93
11.2	Shrnutí	94
11.2.1	V čem se pečující osoby zahrnuté do mého výzkumu shodují	94
11.2.2	V čem se pečující osoby zahrnuté do mého výzkumu shodují částečně...	95
11.2.3	V čem se pečující osoby zahrnuté do mého výzkumu neshodují	96
12	VÝVOJ PÉČE O SENIORA.....	97
13	VYHODNOCENÍ ASPEKTŮ VÝZKUMNÝCH OTÁZEK	98
13.1	Zdravotní stav seniora před začátkem péče a nyní.....	98
13.2	Zdravotní stav pečující osoby před začátkem péče a nyní	98
13.3	Počátek péče.....	99
13.4	Rozhodování o péči.....	99
13.5	Informace o sociální podpoře státu, opoře zdravotníků, teoretické i praktické edukaci pečujících osob o poskytování péče - získání veškerých informací uceleně.....	100
13.6	Pomoc úzké rodiny.....	100
13.7	Úpravy v bytě	100
13.8	Zájmy před péčí a nyní.....	101
13.9	Co považujete v péči za nejtěžší	101
13.10	Co je v péči snazší.....	102
13.11	Současná finanční situace seniora a pečující osoby	102
13.12	Co Vám v péči chybí a co by Vám pomohlo	102
13.13	Využití respitní péče.....	103
13.14	Doporučení budoucím pečujícím	103

13.15	Spokojenost s praktickým lékařem	103
13.16	Celkové hodnocení života při péči v porovnání s životem před péčí.....	104
14	DISKUZE.....	105
14.1	Výsledky porovnání mého výzkumu s odbornou literaturou	105
14.1.1	Pečujícími osobami jsou převážně ženy	105
14.1.2	Pečující převážně manželky.....	105
14.1.3	Rozhodování pro péči - na základě citových vazeb k seniorovi, emocí a dobrých vztahů	106
14.1.4	Počátek péče - častěji se vyskytuje pozvolný počátek péče.....	106
14.1.5	Informace o sociální podpoře státu, opoře zdravotníků, teoretické i praktické edukaci pečujících osob o poskytování péče - získání veškerých informací uceleně.....	106
14.1.6	Technické úpravy v domácnostech - spočívají v menších úpravách, např. odstranění prahů, připevnění madel na WC, až po velké přestavby koupelen, WC či nájezdů do domu.....	107
14.1.7	Co považujete v péči za nejtěžší	107
14.1.8	Současná finanční situace seniora a pečující osoby - jsou s ní spokojeni.....	108
14.1.9	Délka péče.....	108
14.1.10	Doporučení pro budoucí pečovatele	108
14.1.11	Věk pečujících osob o nesoběstačného seniora	109
14.1.12	Celkové hodnocení života před péčí a při ní - klasifikováno známkou jako ve škole.....	109
14.2	Shrnutí rozdílů a shodných výsledků mého výzkumu s odbornou literaturou.....	110
14.3	Navržené intervence	111
	ZÁVĚR.....	113
	ABSTRAKT	115
	ABSTRACT	116

LITERATURA	117
INTERNETOVÉ ZDROJE.....	120
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	122
SEZNAM TABULEK	123
SEZNAM GRAFŮ	125
SEZNAM PŘÍLOH	126
PŘÍLOHY	127

ÚVOD

Stárnutí populace se stává problémem vyspělých států. Kolem roku 2050 bude téměř polovina populace v seniorském věku.¹ Senioři vyžadující alespoň podpůrnou péči mají často děti ve středním věku nebo na prahu věku seniorského. Tato podpůrná péče může být poskytována, a jak z výzkumů vyplývá, je poskytována několik let. S přibývajícím věkem seniora se zvyšují i nároky na péči o něj. Za nejlepší způsob péče o seniora je setrvání co nejdéle v jeho domácím přirozeném prostředí, pokud jsou k dispozici pečující osoby – rodinní příslušníci. Pro pečující osoby, pracují-li ještě, je obtížné skloubit pracovní povinnosti s časově náročnou prací. Pokud se senior stane nesoběstačným, vyžaduje již osobní péči, která je poskytována dvacet čtyři hodin denně. Aby mohla rodina tuto péči poskytovat, v mnoha případech odcházejí pečující osoby ze zaměstnání, některé pečující osoby jsou již v penzi.

Model rodinné péče může být realizován, poskytne-li společnost pečujícím osobám podmínky pro jejich práci - sociální podporu, širokou nabídku sociálních služeb, ošetrovatelských služeb, běžných služeb, respitní péče, dobrou spolupráci se zdravotníky a úřady. Pečuje-li o člověka někdo blízký z užší rodiny či z příbuzenstva - tzv. širší rodiny, je to lepší jak pro toho, kdo péči přijímá, tak pro společnost jako celek. A také mnohem a mnohem levnější!²

Tématem mé bakalářské práce je kvalita života osob pečujících o nesoběstačné seniory. Tato péče je velmi fyzicky i psychicky náročná, doslova převrací život rodiny. Výzkumným cílem práce je odpovědět na téma bakalářské práce, zjistit, co pečujícím osobám v péči i životě chybí, co by jim pomohlo a především pokusit se najít řešení alespoň některých problémů.

S pečujícími osobami a jejich nesoběstačnými seniory se setkávám denně při své práci zdravotní sestry v agentuře domácí péče. Do některých domácností jezdím již čtyři roky i několikrát týdně, a proto jsem měla možnost poznat život, péči a problémy pečujících osob i seniorů. Při odchodu od seniora se mi pečující osoby, často se slzami v očích, svěřují, že už nevědí, jak dál, že jsou na pokraji svých, především psychických sil. Na základě těchto zkušeností jsem se rozhodla zpracovat právě toto téma.

¹ Šíková J. Předmluva. In: JEŘÁBEK, Hynek. *Mezigenerační solidarita v péči o seniory*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2013. Studie (Sociologické nakladatelství). s. 9. ISBN 978-80-7419-117-6.

² Ref. 1, s. 9.

V teoretické části se zabývám tématy stárnutí, stáří, pojmem kvalita života obecně i kvalita života souvisejí se zdravím, nástroji ke zjišťování kvality života obecně a ve stáří. Další kapitolou, rozsáhlou, je popis bio-psycho-sociálních potřeb seniorů a jejich uspokojování. Rozebrány jsou i typy péče, hodnocení soběstačnosti a možnosti péče o seniory. Rozsáhlou statí je část věnovaná pečujícím osobám, definování jejich problémů, psychické i fyzické zátěže, pocitu izolovanosti a nedostatku ucelených elementárních informací o všech možnostech, které by péči usnadnily.

V závěru teoretické části uvádím výzkumy, které byly v této oblasti provedeny.

V empirické části využívám kvalitativního způsobu šetření. Specifickými prostředky, které používám, jsou pozorování, vyprávění a polostrukturovaný rozhovor. Rozhovory doslovně přepíši a podrobím obsahové analýze. Získaná data porovnám mezi pečujícími osobami vzájemně a tyto údaje s výsledky uváděnými v odborné literatuře. Ze získaných výsledků výzkumu odvozují možné intervence. Domnívám se totiž, že problematika pečujících osob - laiků, kteří se starají o nesoběstačného seniora, bude nabývat na důležitosti.

I TEORETICKÁ ČÁST

Témata teoretické části jsou popsána v kapitolách zabývajících se stárnutím a stářím, kvalitou života obecně, bio-psycho-sociálními potřebami seniorů, osobami pečujícími o nesoběstačného seniora a jejich problémy, které uvádí odborná literatura. V závěru teoretické části je uveden přehled provedených výzkumů na téma kvalita života osob pečujících o nesoběstačného seniora.

1 STÁRNUTÍ, STÁŘÍ

1.1 Stárnutí

Stárnutí (involuce) je proces probíhající od početí, ale za jeho opravdový projev se považuje až pokles funkcí, který nastává po dosažení sexuální dospělosti. Involuční změny jsou variabilní, vysoce individuální a věkový nástup změny funkce se liší i mezi orgánovými systémy. Výsledkem stárnutí je stáří.³

1.1.1 Teorie kontinuity životní dráhy

Běh celého života (lebenslauf) označila již v roce 1933 Charlota Bühlerová jako psychologický problém. Všeobecně se orientace na celou životní dráhu prosadila až v polovině 20. století. Americký psycholog J. E. Birren (1990) užívá periodizace: raná dospělost (17 - 25 roků), dospělost (25 - 50 let), pozdní dospělost (50 - 75 roků), stáří (nad 75 let). Ananjev (1980) uvádí, že všechny fáze psychického vývoje navazují na předchozí. Erik Erikson rozdělil život do osmi stadií, kde charakterizuje specifika jednotlivých etap. Říká, že vývojové krize znamenají rozhodující obrat ve vývoji. V roce 1982 Robert Havighurst vytyčil vývojové úkoly pro jednotlivá stadia: zahrnují vyrovnání se (coping) se změnami v organismu, sociální začlenění i seberealizaci.⁴

1.1.2 Adaptace

Existuje řada teorií, jak se úspěšně vyrovnat se změnami, k nimž vede stárnutí organismu a psychických funkcí. Jednotlivé teorie mají své zastánce i odpůrce. Patří mezi ně:

³ Otová, B., Z. Kalvach. Involuce. In KALVACH, Zdeněk et al. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004. s. 67. ISBN 80-247-0548-6.

⁴ Ref. 3, s. 67.

- **teorie aktivního stáří:** základem optimální adaptace je podržení činností a kontaktů se světem
- **teorie postupného uvolňování z aktivit:** člověk se z řady funkcí, činností a aktivit uvolní
- **substituční teorie:** činnosti, povinnosti a role, které člověk prožívá jako zátěže, byly nahrazeny jinými vhodnými aktivitami

Starší lidé potřebují obvykle více času k přizpůsobení se. Adaptace, stejně jako vše v životě, probíhá v čase. Je třeba brát v úvahu kdo, v čem, kdy a jak se má přizpůsobit.

1.1.3 Biologické mechanismy stárnutí

1.1.3.1 Buněčné aspekty stárnutí

Schopnost lidských buněk, dělit se, je omezená - po určitém počtu buněčných cyklů se buňky přestávají dělit, zestárnou. Nastává apoptóza, geneticky programovaná buněčná smrt. Je to fyziologický proces, který udržuje rovnováhu mezi buněčným růstem a smrtí buněk. S postupujícím věkem klesá schopnost organismu odstraňovat nežádoucí buňky procesem apoptózy.

1.1.3.2 Molekulární aspekty stárnutí

Na procesu stárnutí se podílejí nejvýznamněji níže uvedené faktory.

Volné radikály jsou vysoce reaktivní molekuly, které obsahují nepárový elektron. Tvoří se jako vedlejší produkty metabolismu při respiračních pochodech. Mohou vznikat i při patologických procesech. Volné kyslíkové radikály mohou poškozovat téměř všechny buněčné struktury nebo molekuly. Lze se chránit preventivními opatřeními, vhodným složením stravy - zejména dostatečným příjmem vitamínu C a E.

Mutace je jedna z teorií vysvětluje stárnutí nahromaděním mutací DNA. Z hlediska medicíny jsou mutace nežádoucími odchylkami od normy. Důsledkem zvýšeného výskytu a kumulací mutací v somatických buňkách je růst nádorových buněk. Nejmasivnější změny provázející stárnutí jsou mutace mtDNA.

Lipofuscin je hnědožlutý pigment, který se postupně hromadí zejména v lyzosomech nedělících se buněk. U starších jedinců se může množství lipofuscinu v některých nedělících se buňkách zvýšit až na 75 % jejich celkového cytoplazmatického objemu. Příkladem je lidská dermis, kde se prezentuje jako „stařecké barvivo“.

Vápník je všudypřítomný kationt. Nezastupitelně se podílí na funkci nervů, svalové činnosti, mineralizaci kostí, kontrole intracelulárních procesů a další. Kalcium je absorbováno střevním epitelem za účasti vitamínu D. U některých orgánů je involuční pokles funkce asociován se změnami regulace intracelulární hladiny Ca^{2+} .

Glykace je neenzymatická reakce, která nastává mezi proteiny a glukózou a nevyžaduje energii. Patologické spojení proteinu a cukru se řadí mezi jednu z hlavních příčin stárnutí. Glykace závisí na hladině glukózy. Zvýšená hladina vede k její patologické vazbě na proteiny. Konečné produkty glykace poškozují proteiny, DNA i lipidy a spouštějí kaskádu destrukčních procesů.⁵

1.1.4 Involuční změny ve stáří

Involuce mozku

Morfologické projevy atrofie v makroskopické i mikroskopické úrovni nastávají s výraznou interindividuální variabilitou i s velmi rozdílnou intenzitou v různých oblastech mozku téhož jedince. Souvislost morfologické atrofie s funkčními projevy je oboustranně nekonstantní. Na straně jedné jsou zřejmé morfologické projevy mozkové atrofie někdy v zdánlivě přímé a pochopitelné relaci, jindy prokazatelně bez výraznějšího vlivu na intelektuální výkon. Na straně druhé někdy obtížně prokazujeme morfologické projevy mozkové atrofie při nepochybných známkách patologického snížení intelektových funkcí. Proto jsou projevy involuce mozkové tkáně obvykle posuzovány v souvislosti s patologicky vystupňovanou atrofií mozku a s klinickými projevy demence.⁶

Fyziologické stárnutí srdce a oběhového ústrojí

Nejdůležitější anatomické a funkční změny kardiovaskulárního ústrojí znázorňuje přehledně tabulka:

Tabulka č. 1: Fyziologické stárnutí srdce a oběhového ústrojí

Počet pacemakerových buněk	↓
Počet kontraktlních kardiomyocytů	↓
Denzita adrenergních β -receptorů	↓

⁵ Otová, B.. Nejvýznamnější biologické mechanismy stárnutí. In KALVACH, Zdeněk et al. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004. s. 73-88. ISBN 80-247-0548-6.

⁶ Dušková, J. Involuce mozku. In KALVACH, Zdeněk et al. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004. s. 517. ISBN 80-247-0548-6.

Intersticiální pojivo	↑
Poddajnost levé komory	↓
Závislost plnění LK na systole síní	↑
Kalcifikace vazivové tkáně srdeční	↑
Kolagen ve stěně aorty a velkých tepen	↑
Nejvyšší dostupná srdeční frekvence	↓

V důsledku těchto změn se stává myokard starého srdce méně poddajný. Optimální plnění komor je více závislé na systole síní, je omezená inotropní odpověď starého srdce na katecholaminy. Ve stěnách aorty a velkých tepen ubývá elastan a stoupá kolagen, čímž se stávají tužší.⁷

Involuce pohybového systému

Jedním z charakteristických jevů doprovázejících stárnutí je změna držení těla spojená s funkčně decentrovaným postavením v kloubech a s charakteristickým omezením mobility v kloubech.

Některé svaly inklinují k útlumu a jiné k hypertonii, ke zkrácení až ke kontrakturám. Stárnutí svalu je charakterizováno zmenšením objemu (úbytek svalové hmoty, sarkopenie), poklesem síly, výdrže, poddajnosti a rychlosti kontrakce.

Integrita skeletu závisí na kostní remodelaci, permanentní kontrolované resorpci kosti osteoklasty s následnou náhradou kosti pomocí kostních buněk osteoblastů. Fáze novotvorby kosti je zpomalena u starých osob s osteoporózou.⁸

Involuční změny endokrinního systému

Endokrinní soustava prochází v průběhu stárnutí mnoha změnami, hladiny některých hormonů nápadně klesají, jiné stoupají, nebo se nemění jako např. kortizol nebo estrogeny u mužů. Nejde však o pouhý pokles nebo naopak vzestup hormonálních hladin s věkem, ale o jistou dezintegraci celého systému.

⁷ Kölbel, F. Fyziologické stárnutí rdce a oběhového ústrojí. In KALVACH, Zdeněk et al. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004. s. 571. ISBN 80-247-0548--6.

⁸ Kolář, P. Involuce pohybového systému. In KALVACH, Zdeněk et al. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004. s. 619. ISBN 80-247-0548-6. a Broulík, P. Remodelace kosti. In KALVACH, Zdeněk et al. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004. s. 627. ISBN 80-247-0548-6.

Posuny hladin hormonů mají za následek orgánové a funkční změny projevující se zejména relativním hypogonadismem a hypovirilizací, osteoporózou, oslabením svalstva a síly, ale také hypodipsií, endokrinně modifikovanými kardiovaskulárními poruchami a hypertenzí, obezitou a poruchami metabolismu glycidů, změněnou stresovou reakcí a dalšími různě klinicky významnými změnami.⁹

U žen je senium charakterizováno regresivními změnami pohlavních znaků vyvolanými ústupem produkce anabolických steroidů v nadledvinách.

Involuce respiračního systému

V průběhu stárnutí se stává činnost řasinkových buněk nekoordinovaná a jejich počet se zmenšuje, čímž se zhoršuje očista bronchiálního stromu. Počet alveolů se zmenšuje a stávají se slabšími. Elastická vlákna degenerují a v důsledku oslabení tahu parenchymu, působícího na vnější povrch malých dýchacích cest, dochází v bazálních částech plic k jejich předčasnému uzavěru.

Hrudník se v důsledku změn kolagenu stává rigidnější a následkem degenerativních změn zad získává inspirační tvar. Zvýšená rigidita hrudníku a změny jeho tvaru zhoršují podmínky pro práci dýchacích svalů, jejichž síla a výkon jsou sníženy následkem stárnutí.¹⁰

Involuce trávicího ústrojí

Stáří nemá vcelku velký vliv na většinu gastrointestinálních funkcí u jinak zdravých seniorů. Určitou výjimkou může být proximální jícen, anální oblast a pánevní dno, jelikož kombinace stárnutí a menších lezí (drobné mozkové ischemie nebo porodní trauma) může vyústit do klinicky zřetelných problémů, jako je dysfágie, zácpa nebo inkontinence stolice.

- jícen - někdy lze demonstrovat určité funkční poruchy v motilitě jícnu
- žaludek - dochází k prodloužení žaludeční evakuace tekutin a potravy, což může přispět ke vzniku některých dyspeptických obtíží
- tenké střevo - u starých osob je popsán snížený čas průchodu, který může mít vliv na pomnožení bakteriální flóry v tenkém střevě

⁹ Stárka, L. Endokrinologie stárnutí. In KALVACH, Zdeněk et al. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004. s. 670. ISBN 80-247-0548-6.

¹⁰ Krajčik, Š. Involuce respiračního systému. In KALVACH, Zdeněk et al. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004. s. 701. ISBN 80-247-0548-6.

- tlusté střevo - v tlustém střevě se u starých osob vyskytuje častěji divertikulóza a rovněž zácpa je obvyklým steskem. Hlavní problémy se ve vyšším věku objevují v anorektální oblasti. Začíná působit snížený tonus análních svěračů a snížené vnímání nucení na stolicí¹¹

Involuce urogenitálního systému

Funkce ledvin u lidí progresivně klesá po 40. roce věku. Tento pokles je spojen i se změnami struktury ledvin. V souvislosti s věkem klesají paralelně s glomerulárními funkcemi i funkce tubulární, např. maximální tubulární resorpce glukosy. S věkem také klesá koncentrační a zřed'ovací kapacita ledvin. Starší lidé mají sníženou schopnost zpětně resorbovat sodík, proto mohou mít zvýšený sklon ke ztrátám soli a tekutin a také hyperkalémii.¹²

Involuce imunitního systému - imunosenescence

Imunitnímu systému je připisován ve vztahu ke stárnutí značný význam. Pozornosti se dlouhodobě těší involuční hypotézy o autoimunní povaze stárnutí a nebo o významu chronického zánětu. Z klinického hlediska je zdůrazňována vyšší incidence nádorových onemocnění i častější a především těžší průběh infekčních onemocnění.

Involuce smyslových orgánů

Ve stáří dochází k hypotrofii a poklesu hydratace oka, poruchám zakřivení a tloušťky rohovky.

Typická pro senium je presbyakuze - percepční porucha.

1.1.5 Psychická involuce

Lidský život je rozdělen do několika etap, během nichž „se toho s jedincem mnoho děje“. Moderní vývojová psychologie směřuje k zachycení celé životní dráhy člověka. Jednotlivá období nepředstavují vývojové plató, kdy se psychické funkce nemění a ve stáří přichází celkový pokles. Mnohé vlastnosti, které připisujeme stáří, nejsou důsledkem věku, ale individuálních zvláštností osobnosti.

¹¹ Jirásek, V. Involuce trávicího ústrojí. In KALVACH, Zdeněk et al. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004. s. 711. ISBN 80-247-0548-6.

¹² Tesař, V. Involuce urogenitálního systému. In KALVACH, Zdeněk et al. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004. s. 739. ISBN 80-247-0548-6.

1.2 Stáří

Demografický vývoj je charakterizován stárnutím populace. Přibývá seniorů i lidí dlouhověkých. Seniori se snaží být co nejdéle aktivní, žít ve svém domácím prostředí a být platní své rodině a řada z nich i společnosti. V následující kapitole bude ukázán vývoj pohledu na seniory z hlediska věku a definováno rozdělení věku.

1.2.1 Vymezení pojmu stáří

Stáří je výsledkem stárnutí, označení pozdních fází ontogeneze, přirozeného průběhu života. Jde o projev a důsledek involučních změn funkčních i morfologických, probíhajících druhově specifickou rychlostí s výraznou interindividuální variabilitou a vedoucí k typickému obrazu označovanému jako stařecký fenotyp.¹³

1.2.2 Periodizace stáří

V historii existuje několik periodizací lidského věku, v nichž stáří je definováno od různého věku.

Jan Amos Komenský rozdělil stáří do dvou období:

starý muž 35 - 42 let

kmet 42 let a více¹⁴

V 18. století rozčlenil A. Haller lidský život do devíti fází, poslední dvě zahrnují:

mužný věk 25 - 62 let

stáří 62 a více let¹⁵

V r. 1959 rozdělila E.B. Hurlock věk takto:

40 - 59 let střední věk

60 a více let stáří¹⁶

V 60. letech 20. století určila WHO hranici stáří, odpovídající patnáctileté periodizaci lidského života:

60 - 74 let rané stáří

¹³ Kalvach, Z., Z. Mikeš. Základní pojmy - stáří, gerontologie a geriatrie. In KALVACH, Zdeněk et al. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004. s. 47. ISBN 80-247-0548-6.

¹⁴ KOMENSKÝ, Jan Amos. *Orbis sensualium pictus: svět v obrazech : jubilejní přetisk prvního vydání z roku 1658*. Praha: Strnad, 1942. Růžový palouček.

¹⁵ Ref. 13, s. 47.

¹⁶ Ref. 13, s. 47.

75 - 89 let vlastní stáří - senium

90 a více let - dlouhověkost¹⁷

V současné době, vzhledem k prodlužování věku, je aktuální toto členění stáří:

65 - 74 let mladí senioři

75 - 84 let staří senioři

85 let a více velmi staří senioři¹⁸

1.2.3 Kalendářní stáří

Kalendářní stáří je jednoznačně vymezitelné, je dáno datem narození, ale nepostihuje zcela interindividuální rozdíly. Věková hranice se posouvá, neboť se prodlužuje očekávaná doba dožití a průběžně se zlepšuje zdravotní a funkční stav nově stárnoucích generací.¹⁹

S rozdíly kalendářního stáří jsem se setkávala během jedenáctileté praxe v gastroenterologické ambulanci, kde jsem poznala stovky lidí. U většiny se věk biologický shodoval s kalendářním. Několikrát se stalo, že pacienti vypadali mnohem mladší či starší oproti datu narození. Vzpomínám i na ženy, byly čtyři, u kterých jsem si šla ověřit rok narození. Tři vypadaly nejméně o deset let mladší, byly v dobré fyzické kondici. Jedna budila dojem, že je o dvacet let starší než ukazovalo její datum narození.

1.2.4 Biologické aspekty stáří

Biologické stáří je označení pro konkrétní míru involučních změn daného jedince. Jeho vymezení se však nedaří a není shoda ani o tom, co by mělo vyjadřovat. Pracoviště, která se dnes biologickým věkem zabývají, obvykle hodnotí funkční stav a výkonnost jako souhrn involuce, kondice a patologie.²⁰

1.2.5 Sociální stáří

Jedním z měřítek, kterým můžeme stáří jedince posuzovat, je stáří sociální.²¹ Existují rozdíly mezi jednotlivými lidmi i v posuzování jejich sociálního stáří. Jedni jsou společensky činní, pracují, schází se s přáteli, s rodinou. Jiní jsou zahledění do sebe,

¹⁷ Ref. 13, s. 47.

¹⁸ Ref. 13, s. 47.

¹⁹ Ref. 13, s. 47.

²⁰ Ref. 13, s. 48.

²¹ STUART-HAMILTON, Ian. *Psychologie stárnutí*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-274-2.

zavírají se před zevním světem. Mezi těmito dvěma póly se nachází řada stupňů sociálního stáří.

Sociální stáří postihuje proměnu sociálních rolí a potřeb, životního stylu i ekonomického zajištění.

Pojem upozorňuje na společné zájmy i na rizika seniorů, k nimž patří např. maladaptace na penzionování, ztráta životního programu a společenské prestiže, osamělost, věková diskriminace a ageismus. Za počátek sociálního stáří je obvykle považován vznik nároku na starobní důchod.²²

Sociální periodizace rozděluje věk do čtyř fází:

1. první věk - tzv. předproduktivní - dětství a mládí
2. druhý věk - tzv. produktivní - období dospělosti
3. třetí věk - tzv. postproduktivní - období stáří
4. čtvrtý věk - období závislosti²³

Sociální stáří je vymezeno změnou rolí, životního způsobu i ekonomického zajištění. Stáří je chápáno jako sociální událost.²⁴

1.2.6 Psychologické aspekty stáří

Ve většině prací, zabývajících se psychologií lidí staršího věku, jsou popisována negativa jejich myšlení, chování, uvažování, pohledů a reakcí. V posledních asi dvaceti pěti letech se objevily empirické studie o determinaci stárnutí, moudrosti a psychoneurologické plasticitě mozku. Přečetla jsem knihu Jara Křivohlavého „*Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie*“ a zjistila jsem, že období po odchodu do důchodu neznamena konec aktivního a často i veselého života.

„Konec to být nemusí, když důchod nebereme jako ortel, ale jako příležitost. Jde jen o to, zapracovat na sobě a vhodně ji využít. Otevírá se brána k užším přátelským stykům - všímáme si lidí, které jsme dříve jen míjeli, zdravíme se a dáváme se do hovoru.

Mění se zaměření našich zájmů - obvykle máme zprvu času hodně, vymaňujeme se z časových tenat časového stresu. Žijeme však v prvé řadě přítomností.

Je to čas výzvy a šance pro náš duchovní růst, příkladem nám jsou často starší lidé.

Nadějná je zpráva o tom, že i ve starším věku existují u lidí určité rezervní kapacity. Gerontologické intervenční studie prokázaly, že i stárnoucí lidé jsou schopni

²² Ref. 13, s. 47.

²³ MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. Brno: MU, 2004, s. 9. ISBN: 80-210-3345-2.

²⁴ Ref. 22.

naučit se ještě něco nového. V řeči bližší psychoneurologii se zde hovoří o tzv. plasticitě mozku a o latentní rezervě, s níž je možno něco nového dělat.“²⁵

Seniorům se otevírá časový prostor pro uskutečňování jejich zálib a koníčků. Mohou si svůj denní program uzpůsobit dle svých potřeb a představ. Cennou devizou stáří jsou zkušenosti, trpělivost a nadhled. Pro mnoho seniorů je povzbuzením radost z potomků a možnost jim alespoň občas pomoci.

²⁵ KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie: možnosti, které čekají*. Praha: Grada, 2011. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3604-4.

2 KVALITA ŽIVOTA, KVALITA ŽIVOTA VE STÁŘÍ

2.1 Kvalita života obecně

V této části se budu zabývat pojmem kvalita života. Jde o oblast velmi širokou, na kterou lze pohlížet z mnoha úhlů. Existuje řada definic vztahujících se k rozličným úrovním života jedince, rodiny, komunity, skupiny až celých národů. Pro účely mé bakalářské práce jsem použila definice vztahující se ke zkoumanému problému.

2.1.1 Vymezení pojmu

Pojem kvalita života se zabydlel v mnoha oblastech lidské činnosti a v mnoha vědeckých oborech. Kromě ekonomie, politologie a sociologie, kde začínal, ho dnes nalezneme ve filozofii, teologii, sociální práci, psychologii. Setkáme se s ním ve většině medicínských oborů, v ošetrovatelství, v biologických oborech, v ekologii, tedy v oborech, které se zajímají o živé organismy. Pojem kvalita života se však objevuje také v technických oborech, např. v architektuře, stavebnictví, dopravě, t.j. v oborech, které ovlivňují prostředí pro život.²⁶ Pojem kvalita života je velmi frekventovaný, jeho výzkumem se zabývá řada badatelů, nelze však jednoznačně uvést definici, která by vyhovovala všem odvětvím a která by vyjadřovala kvalitu života každého jednotlivce.

Základní definice kvality života pro účely této bakalářské práce vychází z definice WHOQOL (World Health Organization Quality of Life) Assessment Group. Ta definuje kvalitu života jedince: „Jde o individuální percipování své pozice v životě, v kontextu té kultury a toho systému hodnot, v nichž jedinec žije; vyjadřuje jedincův vztah k vlastním cílům, očekávaným hodnotám a zájmům ... zahrnuje komplexním způsobem jedincovo somatické zdraví, psychický stav, úroveň nezávislosti na okolí, sociální vztahy, jedincovo přesvědčení, víru - a to vše ve vztahu k hlavním charakteristikám prostředí ... Kvalita života vyjadřuje subjektivní ohodnocení, které se odehrává v určitém kulturním, sociálním a environmentálním kontextu ... kvalita života není totožná s termíny „stav zdraví“, „životní spokojenost“, „psychický stav“ nebo „pohoda“. Jde spíše o multidimenzionální pojem.“²⁷

²⁶ MAREŠ, Jiří. *Kvalita života u dětí a dospívajících*. Brno: MSD, 2006. s. 11. ISBN 80-86633-65-9.

²⁷ WHO QUALITY OF LIFE ASSESSMENT GROUP. What quality of life? *World Health Forum* [online]. 1996. [cit. 13.6.2016]. č. 4, str. 354-356. Dostupné z: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/54358/1/WHF_1996_17\(4\)_p354-356.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/54358/1/WHF_1996_17(4)_p354-356.pdf).

Z definice WHO vychází také ÚZIS (Ústav zdravotnických informací a statistiky), který se zabývá otázkou kvality života od r.1999 v prováděných populačních šetřeních. Definuje ji takto: „Kvalita života je mnohem širším pojmem než pouze zdraví či nemoc. Kvalita života je výsledkem vzájemného působení sociálních, zdravotních, ekonomických a environmentálních podmínek, týkajících se lidského a společenského rozvoje. Na jedné straně je představována podmínkami pro dobrý život, na straně druhé jeho subjektivním prožíváním. Subjektivní kvalita života pak vypovídá o dobrém životním pocitu, pohodě a spokojenosti a závisí nejen na uspokojení materiálních, kulturně sociálních a duchovních potřeb jedince, ale i na jeho fyzickém zdraví. Jedná se o komplexní hodnocení jednotlivých složek a aspektů života.“²⁸

Tato bakalářská práce se soustřeďuje na život seniorů , proto uvádím přehled domén a položek WHOQOL - OLD.

Tabulka č. 2: Domény a aspekty kvality života dle WHOQOL - OLD²⁹

Domény		k dané doméně patří položky č.	
I.	fungování smyslů	1.	zhoršení smyslů a každodenní život
		2.	ztráta smyslů a zapojení se do činností
		10.	potíže se smysly a komunikace s lidmi
		20.	hodnocení fungování smyslů
II.	nezávislost	3.	svobodné rozhodování
		4.	vliv na rozhodování o budoucnosti
		5.	respektování svobody rozhodování
		11.	oblíbené činnosti
III.	naplnění života	12.	spokojenost s možnostmi nadále něčeho dosáhnout
		13.	zasloužené uznání
		15.	spokojenost s tím, čeho v životě dosáhl/a
		19.	spokojenost s věcmi, na které se lze těšit
IV.	sociální zapojení	14.	dostatek činností

²⁸ ÚZIS ČR. *Výběrové šetření o zdravotním stavu české populace 2002. HIS CR 2002.* [online] Praha, 2003. [cit. 13.6.2016]. s. 90. Dostupné na: <http://www.uzis.cz/katalog/mimoradne-publikace/vyberove-setreni-zdravotnim-stavu-ceske-populace-ehis-cr-drive-his-cr>.

²⁹ Dle přednášky prof. Mareše ze dne 16. 11. 2013.

		16.	spokojenost s trávením volného času
		17.	spokojenost s množstvím aktivit
		18.	spokojenost se zapojením do společenského dění
V.	smrt a umírání	6.	znepokojení ze způsobu smrti
		7.	ztráta kontroly nad sebou
		8.	strach z umírání
		9.	strach z bolesti při umírání
VI.	blízké vztahy	21.	význam přátelství
		22.	láska v životě
		23.	příležitost milovat
		24.	příležitost být milován/a

Pro další výklad tématu kapitoly oddělím subjektivní vnímání kvality života od objektivních ukazatelů kvality života. V reálné praxi se oba pohledy kumulují, prolínají a vzájemně ovlivňují.

2.1.2 Subjektivní kvalita života

Všeobecně lze říci, že subjektivní vnímání je takové, které člověk cítí sám, jsou to jeho vnitřní pocity, vnímání sebe sama i okolí. Každý své problémy vnímá individuálně, zcela specificky v dané oblasti prožívá určitou situaci a také hodnocení závisí na každém jedinci. Záleží na člověku, zda svoje pocity sdělí jiné osobě či nikoliv. V mnoha případech, zvláště v medicíně, je žádoucí, aby jedinec své subjektivní pocity vyjádřil. Při rozhovorech s pečujícími a při vyjadřování jejich subjektivních pocitů pro mě bylo výhodou, že s nimi, a především s jejich blízkými, pracuji několik let.

V odborné literatuře je pojem subjektivní kvalita života vyjádřen různými definicemi.

Mareš uvádí, že je „subjektivní kvalitou života míněna všeobecná spokojenost s vlastním životem vycházející z kognitivního hodnocení a emočního prožívání.“³⁰

³⁰ MAREŠ, Jiří. *Kvalita života u dětí a dospívajících*. Brno: MSD, 2006. s. 43. ISBN 80-86633-65-9.

Podle Gurkové kvalita života představuje subjektivní dynamický ukazatel hodnocení života jedinců. Definiuje se tak, jak ji vnímá jednotlivce, je prezentována různými komponenty u různých lidí a v různém čase a její obsah nelze arbitrárně vymezit. V rozličných životních obdobích a životních situacích se může vnímání kvality života značně lišit, a tedy můžeme hovořit o specifických aspektech.³¹

2.1.3 Objektivní kvalita života

Objektivní kvalita života je vyjádřena též několika definicemi. Dle výzkumu v Dánsku znamená splnění požadavků týkajících se sociálních a materiálních podmínek života, sociálního statusu a fyzického zdraví.³² Hnilicová, Bencko rozumí kvalitou života splnění základních sociálních a materiálních podmínek pro život, sociální status a fyzické zdraví.³³

Podle těchto definic lze u pečujících osob hodnotit jejich bydlení, přizpůsobení domova potřebám nesoběstačného seniora, fyzický zdravotní stav před péčí a po několika letech péče i sociální podporu.

2.1.4 Kvalita života související se zdravím

Často platí staré české přísloví „zdravý člověk má mnoho přání, nemocný jedině“. Nemocní lidé si uvědomují, že dokud byli zdraví, brali tuto skutečnost jaksi samozřejmě. Trápí-li je choroba, snižuje se tím kvalita jejich života v mnoha oblastech. Považují si více obyčejných věcí. Po vyléčení nebo zlepšení zdravotního stavu vnímají kvalitu života lépe i při prožívání prostých událostí.

Pojem kvalita života, aplikovaný ve zdravotnictví obecně a v jednotlivých medicínských oborech zvlášť, má své specifické označení: HRQL - health-related quality

³¹ Gurková, E. Kvalita života. In Žiaková, K. a kol. Ošetrovatel'ský slovník. Martin: Osveta, 2009. s. 57-58. ISBN 978-80-8063-315-8.

³² Centrum pro výzkum kvality života, Dánsko, 2002.

³³ HNILICOVÁ, Helena a Vladimír BENCKO. Kvalita života – vymezení pojmu a jeho význam pro medicínu a zdravotnictví. In: Praktický lékař. Praha: Česká lékařská společnost J. E. Purkyně, 2005. 85(11), s. 656-660. ISSN 0032-6739.

of life. Obecně lze říci, že HRQL je užší pojem než kvalita života a je vhodné s ním pracovat, pokud se uvažuje o širších kontextech poskytování zdravotní péče.³⁴

HRQL zahrnuje ty aspekty celkové kvality života, o nichž lze jasně říci, že jsou ovlivněny zdravím, ať už somatickým nebo mentálním. Jde o vnímané somatické a mentální zdraví, včetně souvislostí typu zdravotních rizik a podmínek, funkčního stavu, sociální opory a socioekonomického statusu. Na komunitní úrovni HRQL zahrnuje zdroje, podmínky, zdravotní politiku a praktické postupy, které ovlivňují vnímané zdraví u populace a její funkční stav.³⁵

2.2 Nástroje ke zjišťování kvality života

Postupy při zjišťování kvality života se většinou rozdělují dle metodologického přístupu na přístupy kvalitativní, kvantitativní a smíšené.

2.2.1 Kvalitativní přístup

Kvalitativní přístupy nejsou tak běžné jako kvantitativní přístupy, které se opírají o dotazníky. Jednou z výjimek je kanadský výzkum u 18 seniorů ve věku 63 - 92 let (soubor zahrnoval dvě třetiny žen a jednu třetinu mužů). Všechny rozhovory se nahrávaly, jejich průběh byl přepsán do protokolu a ten byl detailně analyzován. Zjišťoval pohled seniorů samotných na kvalitu jejich života.

Jednodušší kvalitativní přístup u nás zvolila Zimmermannová, která vedla narativní rozhovory s deseti českými seniory ve věku 66 - 93 let. Společné názory seniorů jsou tyto: Vnímanou kvalitu života ovlivňuje zdravotní stav, po smrti partnera je velkou zátěží samota a vzrůstá potřeba sociální opory. Důležitými pozitivními faktory bývá ohlédnutí se za životní profesí a pro řadu seniorů spiritualita.³⁶ Existují i jiné metody: Seniorům lze předložit otevřené otázky, na něž volně odpovídají. Uvádějí, co pro ně osobně znamená kvalita života.

³⁴ J. Mareš, J. Marešová. Paradoxy kvality života, která souvisí se zdravím (HRQL). In. ŘEHULKOVÁ, Oliva a Evžen ŘEHULKA. *Kvalita života v souvislostech zdraví a nemoci*. Brno: MSD, 2008. s. 7. ISBN 978-80-7392-073-9.

³⁵ J. Mareš, J. Marešová. Paradoxy kvality života, která souvisí se zdravím (HRQL). In. ŘEHULKOVÁ, Oliva a Evžen ŘEHULKA. *Kvalita života v souvislostech zdraví a nemoci*. Brno: MSD, 2008. s. 9. ISBN 978-80-7392-073-9.

³⁶ Zimmermannová, Zdenka. *Podmínky a předpoklady životní spokojenosti u seniorů žijících v domovech pro seniory* [online]. Brno: Masarykova univerzita, 2010. [cit. 13.6.2016]. Dostupné z: https://is.muni.cz/auth/th/273641/fss_b/Zdenka_Zimmermannova.pdf.

Já jsem zvolila kvalitativní výzkum, protože mám možnost dlouhodobě a pravidelně sledovat, pracovat a hovořit s nesoběstačnými seniory a pečujícími v jejich běžných životních situacích. Těmi jsou nekonečná péče o nesoběstačného seniora, péče o domácnost a zvládání obrovské zátěže, která z jejich práce vyplývá. Tím, že zkoumané osoby znám několik let, chovají se přirozeně. Troufám si říci, že při rozhovorech byly pečující osoby otevřené a mluvily tak, jak vše cítily.

2.2.2 Kvantitativní přístup

Výzkumné metody kvantitativního výzkumu jsou např. pozorování, dotazníkové šetření, kresba, test. Nástrojem je již konkrétní dotazník (viz níže), škála (př. ADL, IADL), test (př. kognitivních funkcí).

Kvalitu života seniorů můžeme zjišťovat třemi typy dotazníků.

Zprvée generické (obecné) dotazníky, které se používají bez ohledu na věk, pohlaví, typ onemocnění. Některé lze použít pro srovnání kvality života lidí nemocných s lidmi úplně zdravými. Jedná se např. o dotazníky SF-36, SF 12.

Zadruhé dotazníky obecnými pro věkovou skupinu starých osob, tj. dotazníky, které berou v úvahu okruh proměnných, které mohou ovlivňovat kvalitu života u seniorů bez ohledu na konkrétní onemocnění.³⁷

Obecné dotazníky zjišťující kvalitu života seniorů, které berou v úvahu okruh proměnných, které mohou ovlivňovat kvalitu života seniorů bez ohledu na konkrétní onemocnění, jsou např.: QoL-AD-Quality of Life in Alzheimer's Disease, autor Logsdonová, Gibbonsová, McCurryová et al.(1999, 2002), počet položek 13, čtyřstupňová škála, 4 proměnné: 1. kompetence týkající se chování, 2. stav psychiky, 3. somatické fungování, 4. interpersonální vztahy, reliabilita - Cronbach. alfa 0,88-0,89, poznámky - existují dvě verze: pro pacienta samotného a pro osobu, která o pacienta pečuje. Dotazník vhodný pro pacienty po CMP je SIS 2.0 - Stroke Impact Scale Version 2.0 autor: Duncan et al. (14), počet položek 64, způsob odpovídání: pětistupňová škála, zkoumané proměnné: 8 proměnných; 1. závažnost postižení, 2. funkce ruky, 3. aktivity každodenního života, 4. pohyblivost doma i venku, 5. kvalita řeči, 6. emoce a nálady, 7. paměť a myšlení,

³⁷ MAREŠ, Jiří. Problémy se zjišťováním kvality života seniorů. In: Praktický lékař. Praha: Česká lékařská společnost J. E. Purkyně, 2014. 94(1), s. 24. ISSN 0032-6739.

8. možnost provozovat činnosti, které jedinec považuje za důležité a baví ho, Reliabilita: Cronbach alfa 0,86 -0,90.³⁸

Zatřetí se můžeme v praxi setkat se specifickými dotazníky pro věkovou skupinu starých osob. Dotazníky se zajímají o kvalitu života, jež je ovlivněna jedním konkrétním onemocněním.

Začtvrté existuje i přístup, kdy se kombinuje generický dotazník (či dotazníky) se specifickým dotazníkem pro jeden typ nemoci.

Specifickým dotazníkem pro zjištění kvality života pečujících osob je dotazník QOLTI-F, autorem je COHEN, R. a kol. Cohen rozděluje vnímání kvality života pečujících osob do sedmi domén:

1. stav osoby, které je poskytována péče
2. vlastní stav pečujícího
3. vztahy s lidmi
4. finanční situace pečujícího
5. náhled pečujícího na svůj život a jeho smysl
6. kvalita přijímané péče
7. prostředí

Těchto sedm domén je pro hodnocení kvality života pečujících zásadních. Na základě zhodnocení získaných údajů lze realizovat činnosti zaměřené na podporu kvality života pečujících.

Česká verze dotazníku FIN se skládá z dvaceti položek rozdělených do čtyř domén:

- doména 1 - základní informace (4 položky)
- doména 2 - informace o léčbě a péči (7 položek)
- doména 3 - podpora (7 položek)
- doména 4 - komfort pacienta (2 položky)

Tabulka č. 3: Česká verze dotazníku FIN

Ot.	Domény	Ot.	Domény
	Jednotlivé otázky		Jednotlivé otázky
	Doména 1 - Základní informace		Doména 3 - Podpora
1	Mít upřímné odpovědi na otázky	9	Cítit naději
2	Znát údaje o prognóze	15	Znát jména zdravotníků poskytujících péči

³⁸ MAREŠ, Jiří. Problémy se zjišťováním kvality života seniorů. In: Praktický lékař. Praha: Česká lékařská společnost J. E. Purkyně, 2014. 94(1), s. 28. ISSN 0032-6739.

4	Mít informace o změnách ve zdrav. stavu	16	Mít informace o možnostech péče doma
7	Dostat srozumitelná vysvětlení	17	Mít pocit přijetí zdravotníky
Doména 2 - Informace o léčbě a péči		18	Mít pomoc s péčí o pacienta
5	Vědět přesně, jaké výkony jsou prováděny	19	Mít někoho, kdo má zájem o mé zdraví
6	Vědět jakou léčbu pacient podstupuje	20	Mít informace o lidech, kteří mohou pomoci
8	Mít informace o změnách v léčbě (péči)	Doména 4 - Komfort pacienta	
11	Znát příznaky (symptomy) nemoci či léčby	3	Mít dobrý pocit z péče zdravotníků
12	Vědět, kdy mohu očekávat výskyt příznaků	10	Mít ujištění o nejlepší možné péči
13	Znát pravděpodobný výsledek nemoci		
14	Vědět, proč jsou výkony prováděny		

39

2.3 Kvalita života ve stáří

Vnímání kvality života se mění s věkem. V životě každého člověka je více či méně mezních situací, závažných událostí, pozitivních i negativních, jejichž vlivem si jedinec uvědomí, a často i přehodnotí, co je pro něho důležité.

2.3.1 Vnímání kvality života

Pro kvalitu života ve stáří jsou z pohledu seniorů významné:

- sociální vztahy a těsné mezilidské vztahy (81 %)
- sociální role a sociální aktivity (60 %)
- volnočasové aktivity, které danému jedinci dělají radost (48 %)
- zdravotní stav člověka (44 %)
- kladný postoj k životu a pocit pohody, dobré fungování psychiky (38 %)
- domov a sousedé (37 %)
- finanční situace (33 %)
- samostatnost a nezávislost na druhých lidech (27 %)⁴⁰

³⁹ BUŽGOVÁ, R. Dotazníky pro hodnocení potřeb pacientů a rodinných příslušníků v paliativní péči. Manuál pro uživatele české verze dotazníku pro hodnocení potřeb pacientů (PNAP) a rodinných příslušníků (FIN). Ostravská univerzita v Ostravě, 2014c. 31 s. ISBN 978-80-7464-678-2. [cit 14. 6. 2016]. Dostupné z: <http://dokumenty.osu.cz/lf/uom/uom-publikace/manual-dotazniku.pdf>.

⁴⁰ Uvedené vyplývá z britského výzkumu u 999 seniorů nad 65 let pomocí SEIQoL. Viz BOWLING, Ann. *Ageing well: quality of life in old age*. New York: Open University Press, 2005. Growing older.

Křivohlavý poukazuje na rozdíly v plánování budoucnosti mezi stárnoucími lidmi. Ti, kteří žijí doma v rodině, mají více plánů do budoucnosti a žijí relativně šťastně. Naproti tomu senioři žijící v domovech pro seniory upadají často do letargie, nezájmu a sociální izolace.⁴¹

Někteří senioři touží po soukromí, uzavírají se do vlastního světa a nevnímají tuto situaci jako izolaci. Jiní si přejí udržovat společenské vztahy, být aktivní. Je třeba respektovat volbu každého z nich.

Přístup ke kvalitě života ve stáří vyžaduje komplexní pohled a spolupráci napříč celým spektrem vědních i společenských oborů. Pokud nemá příští vývoj vést ke snížení kvality života seniorů, je nutné usilovat o lepší pochopení jejich potřeb. Co se týká služeb využívaných seniory, je nutné, aby poskytovatelé těchto služeb znali nejen jejich potřeby, ale i faktory, které ovlivňují kvalitu života samotných seniorů.⁴²

2.3.2 Osobnost seniorů

Osobnost seniora je utvářena celým jeho dosavadním životem. Důležitá je primární rodina, kde se učil vytvářet vztahy k lidem a způsob života, ale také životní zkušenosti a schopnost adaptace na zátěžové situace. Klevetová uvádí pět vyrovnávacích strategií o zvládání vlastního stáří.⁴³

2.3.2.1 Konstruktivní strategie

Člověk se dokáže vyrovnat s omezením, které mu stáří přináší. Snaží se být aktivní, vytváří nové vztahy a stanovuje si přiměřené cíle. Je snášenlivý a tolerantní vůči druhým. Snadno navazuje kontakty, je optimistický a má smysl pro humor. Akceptuje omezení a je schopen se přizpůsobit změnám. Předpokladem je spokojené dětství a tvořivá dospělost.

2.3.2.2 Strategie závislosti

Člověk je více pasivní, spoléhá na pomoc druhých a nechce nic rozhodnout sám. Byl nebo stále je pod vlivem partnera a tato role mu vyhovuje. Má rád své soukromí, odpočinek, pohodlí a bezpečí. Sám neví, co je pro něj lepší, a nechá se velmi dobře ovlivnit

⁴¹ KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. Psyché. s. 143. ISBN 80-247-0179-0.

⁴² DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4138-3.

⁴³ KLEVETOVÁ, Dana a Irena DLABALOVÁ. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada, 2008. Sestra. s. 31-34. ISBN 978-80-247-2169-9.

např. svými dětmi. To může být destruktivní v případě, kdy děti mají názory v rozporu s potřebami seniora.

2.3.2.3 Strategie obranná

Člověk odmítá přijmout změny stáří. Dokazuje svou soběstačnost přehnanou aktivitou a odmítá pomoc druhých. Tento typ člověka byl zpravidla společensky velmi úspěšný a nerad přijímá myšlenku na odchod do důchodu. Příliš se emočně kontroluje, lpí na svých zvyklostech a nechce nic měnit. Bývá konfliktní a chce mít moc nad prostředím.

2.3.2.4 Strategie hostility

Člověk je nepřátelský vůči lidem a vůči všemu. Nic není nikdy dobře. Je obětí svého života, chce být litován. Hledá viníky za své životní prohry a obviňuje lidi kolem sebe. Je často agresivní, podezřavý, stále si na něco stěžuje a vyhledává konflikty. Nerozumí si s mladými lidmi, jako by jim záviděl jejich mládí.

2.3.2.5 Strategie sebenávisti

Tento typ člověka obrací svoji nenávist a zlobu proti sobě. Je kritický vůči vlastní osobě a častým tématem je smrt jako vysvobození. Ve svém životním příběhu mívá neuspokojivé vztahy s rodiči, manželem, na pracovišti. Trpí pocitem osamělosti. Život hodnotí kriticky a pohrdavě. Netouží nic dělat a o nic se snažit. U těchto jedinců je těžké najít pozitivní přístupy, a tak nezbývá než tyto postoje respektovat.

3 BIO - PSYCHO - SOCIÁLNÍ PÉČE O SENIORY

Senioři, se kterými pracuji, vyžadují, tak jako každý člověk, uspokojovat základní lidské potřeby. Opečovávání staří lidí zahrnutí v mé bakalářské práci tyto činnosti zvládají s pomocí pečujícího, nebo jsou zcela na jeho pomoci závislí.

V roce 1943 definoval americký psycholog Abraham Harold Maslow teorii, podle které má člověk pět základních potřeb - od nejnižších po nejvyšší, společně tvoří pyramidu.

Tabulka č. 4: Maslowova pyramida potřeb



Níže položené potřeby jsou významnější a jejich uspokojení je podmínkou pro vznik potřeb vyšších. Za nejvyšší považuje Maslow potřebu seberealizace, čímž označuje lidskou snahu naplnit svoje schopnosti a záměry.

3.1 Zajištění biologických potřeb

Uspokojování biologických potřeb patří mezi základní lidské činnosti.

3.1.1 Základní lidské potřeby

Celý lidský organismus podléhá involučním změnám, dochází k funkčním změnám v jednotlivých orgánech. Přidávají se choroby, uspokojování základních lidských potřeb se pro některé seniory stává obtížné a někdy až nemožné.

3.1.1.1 Potřeba dýchání

Dýcháme, aniž si tuto skutečnost uvědomujeme. Pro řadu seniorů není klidné a bezproblémové dýchání běžnou skutečností. Onemocnění dýchacích cest nebo oběhové soustavy v různé míře omezuje možnost správného a dostatečného dýchání. Pro jeho zlepšení musí pečující osoby seniorovi pomoci. Základem bývá dostatek čerstvého vzduchu v místnosti nebo vyvezení seniora ven. Jiní potřebují zaujmout Fowlerovu polohu, tzn. v polosedě, zvlhčit vzduch v pokoji. Při respiračních onemocněních pečující podávají seniorům potřebné léky, zajišťují oxygenoterapii, inhalace, dechovou rehabilitaci. Porucha dýchání je jedním z rizik imobilizačního syndromu. Dochází k hypoventilaci plicní, často doprovázené stagnací hlenu s rizikem vzniku pneumonie.

3.1.1.2 Potřeba vody

Dostatečná hydratace organismu je nutná pro jeho správné fungování. K udržení dokonalé homeostázy vnitřního prostředí je nezbytné, aby byl dodržen vyrovnaný příjem a výdej vody a iontů.⁴⁴

Nedostatečný příjem tekutin u seniorů může vznikat z mnoha příčin, např.:

- mívají snížený pocit žízně
- obtížně chodí, proto méně pijí, aby nemuseli často na WC
- nechtějí obtěžovat a žádat o doprovod na WC - méně pijí
- nedosáhnou na nádobu s vodou na stolku - to je neomluvitelná chyba pečujících
- nedokáží se dostatečně napít ze sklenice, vhodné je použití brčka, hrnečku s upraveným víčkem pro pití, někdy lahve se savičkou
- dementní senioři se zapomínají napít, je třeba jim připomínat
- nemohou se sami napít - je nutné tekutiny aktivně nabízet

3.1.1.3 Potřeba příjmu potravy

Na centrální úrovni dochází k involučním změnám neuroendokrinní regulace chuti k jídlu, příjmu potravy a energetické homeostázy, do nichž významně zasahují vlivy psychogenní a imunitní. Druhou oblastí významných změn je trávicí ústrojí, především

⁴⁴ KALVACH, Zdeněk. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada, 2008. s. 278. ISBN 978-80-247-2490-4.

změny motility a z nich zvláště pomalé vyprazdňování žaludku. Příčinou nechuti k jídlu může být i polypragmázie.⁴⁵

Ve své bakalářské práci píší o pečujících, kteří svým seniorům dopřávají, v rámci dietních opatření, to nejlepší a nejvhodnější jídlo. Z praxe mohu uvést dialyzovaného seniora, diabetika, kterému vaří manželka. Jídelníček a zvláště obsah některých minerálů ve stravě konzultuje se sestrami z dialýzy. Jiná starší paní dostává ze zahrádky uzrálé ovoce a zeleninu vždy jako první, před ostatními členy rodiny.

Hodně seniorů využívá k zajištění obědů pečovatelských služeb, neboť ty vaří i dietní jídla. Nejčastěji jsou odebírány obědy diet 3 (racionální strava), 9 (diabetická dieta), 2 (šetřící dieta) a 4 (žlučnicková dieta).

V institucionálních zařízeních je stravování seniorů dle dietních potřeb klienta. Velmi záleží na přístupu personálu k vlastnímu podávání jídla, umožnění seniorovi se samostatně a dostatečně najíst nebo seniora nakrmit. Uvedu jeden případ z nejmenovaného domova pro seniory. Paní odmítala jídlo, personál to považoval za vrtochy, až nakonec zjistili, že paní nemá nasazenou zubní protézu.

U pacientů, kteří nemohou přijímat normální stravu per os, je nutné zajistí jejich výživu náhradními způsoby. Mixovanou, tekutou stravou, enterální výživou, krmením do PEGu, parenterální výživa. Zdravotnická zařízení mají k dispozici nutriční terapeuti, kteří zhodnotí nutriční stav nemocného a navrhnou optimální nutrici, případně využití doplňujících přípravků k uhrazení dostatečného energetického výdeje.

Součástí příjmu per os je také podávání léků seniorům. Řada z nich má problémy spolknout tablety, proto pečující tablety drtí a naředěné vodou je podávají. Pokud existuje u léku tekutá forma, volí se tato možnost, která je pro podávání jednodušší.

3.1.1.4 Potřeba vylučování a vyměšování

Vylučování moči a vyměšování stolice je u seniorů třeba věnovat dostatek pozornosti. Vlivem involučních změn se snižuje funkce ledvin - filtrační i koncentrační, snižuje se motilita střeva.

Soběstační senioři mohou ovlivnit vyprazdňování správnou skladbou potravin, dostatkem tekutin a pohybu. Senioři nesoběstační jsou závislí na péči, která je jim poskytována. Pro správné fungování střev je nutná strava s dostatkem vlákniny, bílkovin

⁴⁵ KALVACH, Zdeněk. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada, 2008. s. 261. ISBN 978-80-247-2490-4.

a dodržování pitného režimu. K udržení žádoucí mikce je třeba adekvátního přísunu tekutin.

Poruchy ve vyprazdňování mohou být také psychického původu - deprese, deprivace i stud. Mimořádně důležité je zajistit člověku intimitu při vyprazdňování a edukaci za účelem odstranění psychických zábran k vyprazdňování jinak než na WC.

Mezi poruchy mikce patří:

- retence - především u mužů může vzniknout při upoutání na lůžko nebo při hypertrofii prostaty, u žen je méně častá
- inkontinence jako dílčí symptom je příznakem dysfunkce dolních močových cest
- inkontinence jako multikauzální geriatrický syndrom - prediktor špatné prognózy, nízké kvality života a ošetrovatelské zátěže, závažnost a povaha se odvíjejí od multikauzality (kombinace urologických, neurologických a behaviorálních faktorů)⁴⁶

Mezi poruchy defekace patří:

- obstipace - příčin je několik - střevní pasáž se zpomaluje, špatná výživa (nedostatek vlákniny), nedostatečná hydratace, málo pohybu, polypragmazie, snížená svalová síla potřebná k defekaci, potlačování gastrokolického reflexu, funkční megarektum, u starších žen dysfunkce pánevního dna, je nutné sledovat frekvenci i kvalitu stolice a při obstipaci zajistit včasné vyprázdnění seniora.
- průjem - nebezpečí dehydratace, metabolické acidozy a hypokalemie, je nutné vyšetření lékařem, zjištění příčiny průjmu a zahájení léčby.
- inkontinence stolice - může být malá, dochází ke špinění prádla a velká, při níž je úplná ztráta volní kontroly defekace

U všech poruch vyprazdňování je nutné vyšetření lékařem a zjištění příčiny. Pro pečující osobu je zajištění vyprazdňování a udržení hygieny velmi náročné, obzvláště u inkontinentních osob.⁴⁷

⁴⁶ KALVACH, Zdeněk. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada, 2008. s. 215-216. ISBN 978-80-247-2490-4.

⁴⁷ WEBER, Pavel. Inkontinence stolice ve stáří. In: *Medicina pro praxi*. Olomouc: Solen, s.r.o., 2005. č. 4. s. 143-146. ISSN 1214-8687.

3.1.1.5 Potřeba fyzické aktivity

Fyzická aktivita seniorů je základem pro udržení jejich soběstačnosti. Involuční změny ovlivňující fyzickou aktivitu jsou charakterizovány zmenšením objemu svalové hmoty (sarkopenie), výdrže, poddajnosti a rychlosti kontrakce. Dále se podílí involuční osteoporóza. Z onemocnění snižující schopnost soběstačnosti je nejrozšířenější osteoartróza, což je onemocnění hyalinní kloubní chrupavky.⁴⁸ Dále soběstačnost často snižují onemocnění kardiovaskulárního oběhu, respirační, neurologická, psychická, úrazy, bolest a poruchy vizu.

Pro seniory je ke zlepšení a udržení soběstačnosti vhodná ošetrovatelská rehabilitace a aktivizace. Činnosti, které senior provádí, ho necháme vykonávat v co největším rozsahu. Až když nedokáže pokračovat, pomůžeme mu. Senioři mohou ke zlepšení své fyzické aktivity využívat kompenzační pomůcky, nejčastěji to jsou hole, francouzské hole, chodítka a rolátory. Pro nesoběstačné seniory ležící je nutné pasivní cvičení a postupně, je-li to možné, provádět pohyby alespoň částečně aktivně a s dopomocí. Výbornou pomůckou ke zlepšení pohybu v rámci lůžka je hrazdička. Cílem je zlepšení pohybu na lůžku a pomoc pečujícím osobám s manipulací s nimi.

3.1.1.6 Potřeba spánku

Spánek je fyziologický děj, který představuje opak bdělosti. Jde o stav zastřeného vědomí. Vyšší věk sám o sobě vede zpravidla nejen ke zkrácení nočního spánku, ale také k porušení jeho celistvosti. Ve dne je vyšší počet krátkých usnutí. Příčinou může být porušená spánková hygiena - senioři pobývají v posteli více než je třeba, mnohdy si přejí prospat většinu prázdného dne.

Terapie spočívá nejprve v nefarmakologických přístupech - úprava denního režimu, relaxace nácvikem autogenního tréninku, u demenčních lidí dostatečná tělesná aktivita. Pokud tyto metody nezabírají, lékař ordinuje farmaka.⁴⁹

Pro pečující osoby je spánek velmi důležitý pro regeneraci organismu a odpočinek. Proto je žádoucí, aby opečovávání v noci spali také. Pečující osoby udávají, že se v noci budí a poslouchají dech nebo chodí svého blízkého kontrolovat.

⁴⁸ Kalvach, Z. Involuční změny a vybrané geriatrické choroby kosterních svalů. In KALVACH, Zdeněk et al. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004. s. 621. ISBN 80-247-0548-6.

⁴⁹ Jiráček, R. Poruchy spánku ve stáří. In KALVACH, Zdeněk et al. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004. s. 263-266. ISBN 80-247-0548-6.

3.2 Cévní mozková příhoda

V předchozích kapitolách jsem se zabývala potřebami a problémy seniorů obecně. Protože je tato bakalářská práce zaměřena zejména na péči o seniory po cévní mozkové příhodě, probereme ji podrobněji.

3.2.1 Epidemiologie a rizikové faktory

V České republice incidence nemocných CMP, kteří byli hospitalizováni, v posledních letech mírně klesá. U nás není registr CMP, proto výsledky neobsahují nemocné, u nichž šlo o mírný průběh onemocnění, nebo kteří zemřeli před hospitalizací.

Incidence CMP roste s věkem u obou pohlaví. Po 55. roce se s každým desetiletím zdvojnásobuje. Čtvrtina CMP jsou příhody opakované.

Rizikové faktory jsou

a) neovlivnitelné:

- rasa
- pohlaví (více muži)
- heredofamiliární faktory
- typ osobnosti (více neústupné, ctižádostivé povahy)

b) ovlivnitelné:

- hypertenzní choroba - rozhodující riziko představuje u příhod hemoragických.
- srdeční choroby - jsou ukazatelem pokročilosti celkové aterosklerozy i rizikem pro cévní zásobení mozku
- nikotinismus - zvyšuje riziko mozkového iktu více než riziko vzniku IM
- diabetes mellitus - ohrožuje postižené diabetickou vaskulopatií z akcelerace aterogeneze. Jeho dopad je významný pro CMP ischemické
- obezita - pro roli pro cévní příhody pouze ischemické, a to nejspíše zprostředkovaným vlivem přes zátěž srdeční. S ní souvisí sedavý způsob života, který je prokazatelně zátěžovým faktorem

- abnormální hladiny lipidů - při zvýšené hladině HDL existuje vyšší riziko rozvoje mozkové aterosklerozy⁵⁰

3.2.2 Patogeneze

CMP vznikají v důsledku poruchy prokrvení části nebo celého mozku (ischémie), krvácením do mozkové tkáně (hemoragie) nebo krvácením do subarachnoidálního prostoru (subarachnoidální krvácení). Vzácnou příčinou je postižení žilního systému (intrakraniální tromboflebitidy a trombozy splavů).

Nejčastěji se vyskytují ischemické ikty, tvoří 80 % mezi CMP.

Ztráta elasticity arteriální stěny - kalcie impregnovaná rigidní tepna se přestala podílet na vedení pulzové vlny do periferie. Významnou roli zde hrají změny kolagenu a elastinu. Rigidní stěna tepny neustupuje před systolickou vlnou a nepohání v diastole zpětným pulzem krevní objem do periferie. Tok krve se tak stává méně plynulým, více pulzatívním.

Formace aterosklerotických plátů - drsné ztlustění tepenné stěny aterosklerózou ohrožuje periferní průtok.

Oba tyto jevy působí stagnaci periferní cirkulace a zvýšenou pohotovost k hemostáze.

3.2.3 Klinický obraz

Je značně variabilní v závislosti na lokalizaci hypoxie, jejím rozsahu, rychlosti jejího vzniku, kompenzačních mechanismech, celkovém zdravotním stavu pacienta a včasností urgentní intenzivní péče.

Častým nálezem je kontralaterální paréza, porucha citlivosti, porucha vizu, sluchu, řeči. Při výskytu mnohočetných lezí může dojít k multiinfarktové demenci.

Nastane-li celková hypoxie mozkové tkáně, dochází k těžkému komatu s následným obrazem apalického syndromu nebo k mozkové smrti.

3.2.4 Diagnostika

Je nutno odlišit jednotlivé typy CMP a CMP od jiných onemocnění. Provádí se na základě řady vyšetření, těmi jsou: klinický obraz, výpočetní tomografie, magnetická

⁵⁰ Kalvach, Z. Vaskulární onemocnění mozku. In KALVACH, Zdeněk et al. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004. s. 520-522. ISBN 80-247-0548-6.

rezonance, digitální subtrakční angiografie, sonografické vyšetření, vyšetření likvoru, oční vyšetření, EEG, laboratorní biochemie, kardiologické vyšetření.

3.2.5 Terapie a prevence

Hlavním cílem primární prevence je předcházet vzniku CMP detekcí a eliminací rizikových faktorů.

Terapie je nejvhodnější na iktových jednotkách. Celková intenzivní terapie spočívá především v podpoře kardiovaskulárního a respiračního systému.

Cílená medikamentózní terapie zahrnuje:

- neuroprotektivní terapii, která pomáhá stabilizovat metabolicky velmi nepříznivou situaci ischemické mozkové tkáně (nootropika, vit. C a E, Mg, etofylin)
- antitrombotickou terapii - zasahuje přímo do mechanismu hemokoagulace (antiagregační, antikoagulační, trombolytická)
- hemoreologickou terapii - zlepšuje tokové vlastnosti krve
- antiedematozní terapii - brání rozvoji mozkového edému a
- symptomatologickou terapii - zmírňuje různé subjektivní obtíže nemocných a potlačuje nežádoucí projevy CMP

Dalšími možnostmi terapie jsou:

- angioneurochirurgická intervence a
- endovaskulární intervence - angioplastika s následným zavedením stentu.

Velmi důležitou součástí léčby CMP je rehabilitace, reedukace řeči a psychoterapie.

3.3 Alzheimerova choroba

Do svého výzkumu jsem zahrnula i jednu seniorku s Alzheimerovou chorobou, protože je toto onemocnění nejčastěji se vyskytující demencí, budu se jí věnovat v následující kapitole.

3.3.1 Neurobiologie

Pravděpodobně stěžejní neuropatologický mechanismus je mozkové extracelulární ukládání bílkoviny beta - amyloidu.

3.3.2 Klinický obraz

Klinická manifestace demence je ve většině případů předcházena stavem, kterému se říká lehká porucha poznávacích funkcí. Tato porucha se vyznačuje tím, že je přítomna subjektivní i objektivní, psychometrickými testy měřitelná, porucha paměti.

V lehkém stadiu dochází k poruchám paměti ve všech složkách. Poměrně časný příznak je porucha prostorové a časové paměti.

Ve středním stadiu se poruchy paměti podstatně zhoršují, dochází k výrazné deterioraci intelektu. Poruchy paměti mohou vést až k amnestické dezorientaci - nemocní si v důsledku poruch krátkodobé paměti nevšítají, kde se nacházejí, a proto se chovají dezorientovaně.

V těžkém stadiu Alzheimerovy nemoci mají nemocní již tak těžké poruchy paměti, že jsou převážně dezorientovaní místem i časem. Přestávají poznávat své známé a s progresí demence i své nejbližší příbuzné. Nejsou již schopni bez pomoci vykonávat bazální aktivity denního života, jako je základní hygiena, oblékání a svlékání se apod. Stávají se plně odkázáni na péči okolí.

3.3.3 Terapie

Léčba se má skládat z biologických i psychosociálních faktorů. Z biologických faktorů je nejdůležitější farmakoterapie. Z nebiologických přístupů je nutná reedukace základních dovedností pacientů a jejich aktivizace. Zde je velmi důležitá spolupráce s rodinnými příslušníky.⁵¹

3.4 Péče o psychiku pacienta

Senioři, kteří jsou soběstační, mají dobré sociální zázemí a nesoužijí je nemoci, se většinou cítí fyzicky i psychicky zdraví.

3.4.1 Psychické změny

V psychické oblasti dochází zejména ke změnám emocí a kognitivních funkcí. Senioři, o které je pečováno, zažívají nejrůznější negativní nálady, zabývají se ve zvýšené míře sami sebou, často neuznávají pomoc svých blízkých nebo ji berou jako samozřejmost.

⁵¹ Jiráček, R. Syndrom demence ve stáří. In KALVACH, Zdeněk et al. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004. s. 547-550. ISBN 80-247-0548-6.

Nachází se mezi nimi větší množství pesimistů a nespokojenců. Pro pečující osobu je náročné s takovýmto člověkem vycházet a „neztrácet nervy“.

Psychické problémy seniorů vycházejí z jejich pocitu osamělosti, nedostatku komunikace s ostatními lidmi, pocitu nepotřebnosti. Po odchodu do penze řada seniorů nenachází náplň volného času, nudí se. Velkým stresovým faktorem je ztráta blízké osoby - partnera, vrstevníků. Starší lidé bývají více senzitivní a labilnější, může docházet ke zplošťování emocí.

3.4.2 Zásady chování a komunikace při péči

Zavázalová uvádí několik zásadních aspektů, které je třeba při péči o seniora respektovat: jejich důstojnost, obavy, stud, vcítit se do jejich problémů, nebagatelizovat, neironizovat je, nespěchat, vymezit si čas na rozhovor.⁵²

Při pečování o seniora je třeba pamatovat na výše uvedené problémy a adekvátně přizpůsobit verbální i neverbální komunikaci se seniorem. Vhodné je znát seniorova omezení a problémy, abychom svým chováním nesnižovali jeho důstojnost. Nabídneme pomoc při denních aktivitách v rozsahu, o který senior stojí.

Při hovoru se starším člověkem je třeba vědět, jak dobře slyší, abychom nezvyšovali hlas nebo nehovořili potichu. K seniorovi stojíme čelem, aby dobře slyšel. Je-li třeba, informaci zopakujeme a přesvědčíme se, jestli nás senior pochopil.

Pro psychiku seniora má velký pozitivní význam, cítí-li se potřebný. Často rádi zastávají drobné práce v domácnosti, pomáhají vařit, pracují na zahradě.

Při ošetřování seniora je třeba, aby nám důvěřoval, aby měl pocit, že je pro nás důležitý. Řekne nám více informací, na základě kterých provádíme adekvátní intervence.

Musíme akceptovat poruchy nálad a přizpůsobit své chování.

3.5 Sociální péče o seniory

Každý člověk potřeboval ve svém životě péči. Zcela jistě na začátku života, někteří více či méně v průběhu života a ve stáří se mnoho z nás bez ní také neobejde. Zpravidla péči vykonávají ti, kterým na nás záleží. V dětství rodiče, prarodiče, v průběhu života to mohou být opět rodiče, partneři a děti. V seniorském věku je pro člověka velkým povzbuzením a jistotou, když ví, že se může spolehnout na někoho blízkého, kdo mu

⁵² ZAVÁZALOVÁ, Helena. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. Praha: Karolinum, 2001. s. 73. ISBN 80-246-0326-8.

pomůže s péčí o něj. Existuje několik typů péče, od těch příležitostných až po péči zcela plnící základní lidské potřeby.

3.5.1 Chápání péče

Dudová uvádí: „Ať už péči chápeme jako společenský ideál, vyjádření solidarity mezi generacemi či jako náročnou a vyčerpávající práci, její konkrétní podoby závisí na míře a podobě veřejné podpory, jaké se jí ve společnosti dostává. To, zda rodina bude poskytovat péči, kdo z rodiny je za péči odpovědný a jaké důsledky to má pro jeho další život, závisí na tom, jakou pomoc od státu či komunity může rodina očekávat či naopak je rodina odkázána jen sama na sebe.“⁵³ Z této definice vyplývá, že na péči o seniora lze pohlížet z několika úhlů a výzkumy v této oblasti mohou být vedeny z různých perspektiv.

Hilary Graham pojmenovala pečování velmi výstižně. Řekla, že „péče je prožívána jako práce z lásky, v níž práce musí pokračovat, i když láska klopýtne“.⁵⁴

3.5.2 Typy péče

Hynek Jeřábek v jednom ze svých výzkumů použil přehled ukazatelů Ministerstva práce a sociálních věcí, konkrétně výši příspěvku na péči o závislou osobu k určení typu péče. Pro konstrukci indexu BADL vycházel ze souboru 18 ukazatelů uvedených v ustanovení § 9 odst. 1 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Pro konstrukci indexu IADL, tj. posouzení stupně nesoběstačnosti, použil soubor dalších 18 ukazatelů uvedených v ustanovení § 9 odst. 2 téhož zákona.

Výše indexu BADL vyjadřuje, nakolik senior potřebuje, aby o jeho osobu někdo pečoval. Index IADL vyjadřuje, v kolika činnostech běžného života senior potřebuje instrumentální pomoc.

Rozdělil seniory do tří typů podle stupně naléhavosti a potřeby péče o ně.

- A. Dostatečně zabezpečené **podpůrnou** pomocí, tj. finanční podpora, zajištění oprav v domácnosti, doprava k lékaři, obstarání úřadů. Tento druh péče je příležitostný a nepravidelný.
- B. Potřebující **významnou pomoc a dílčí péči**, tj. péče o domácnost, vaření, úklid, praní. Tento druh péče již vyžaduje určitou pravidelnost. Lze ji zajistit

⁵³ DUDOVÁ, Radka. *Postarat se ve stáří: rodina a zajištění péče o seniory*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON) v koedici se Sociologickým ústavem AV ČR, v.v.i., 2015. Sociologické aktuality. s. 26. ISBN 978-80-7419-182-4.

⁵⁴ Graham, H. Caring: a labour of love. In FINCH, J. - Groves, D. (eds.). *A labour of love: women, work and caring*. London: Routledge and Paul Kegan, 1983. s. 13-30. ISBN 978-0710095046.

docházením do domácnosti, není nutné bydlet se seniorem ve společné domácnosti.

- C. Vyžadující **nezbytnou osobní péči**, tj. potřeba nepřetržité přítomnosti druhé osoby - osobní hygiena včetně toalety, nakrmení, podávání léků, manipulaci s pacientem (přenášení, zvedání, ukládání). Starý člověk je na této péči životně závislý. Jde o nejnáročnější typ péče, vyžaduje bydlení ve společné domácnosti. Pečovatele stojí mnoho fyzických i psychických sil, je časově velmi náročná. Zahrnuje v sobě též všechny činnosti podpůrné a dílčí péče.⁵⁵

Tošnerová zmiňuje společné prvky pečování. Základním prvkem je jeho **emocionální dopad**. Dalšími jsou:

- **hluboký zármutek** plynoucí z toho, že blízký člověk ztratil možnost vykonávat více či méně lidských činností
- **otřes** v rodině spojený se závažnou životní událostí, s novou situací se musí sžít senior i pečovatel
- **pocit izolace** přichází po určitém čase pečování, vychází z nemožnosti stýkat se s jinými lidmi, se ztrátou dřívějšího sociálního prostředí. Velký podíl má na izolaci také stereotyp denních činností
- **frustrace** pramení z nepochopení a neporozumění ostatních lidí, z bezvýchodnosti situace
- **stres** z nedostatku volného času, odpočinku, neustálého napětí, pocitu zodpovědnosti, často přechází do deprese⁵⁶

Péče o seniory v důsledku CMP má svá specifika. Rozsah péče závisí na závažnosti postihující CMP. Někteří senioři jsou soběstační v ADL i IADL činnostech, jiní jsou zcela odkázáni na pomoc druhých a někdy i přístrojů. Uvedu příklady o rozsahu péče ze své praxe v agentuře domácí péče.

- Muž 68 let: hemiparéza LHK a LDK - dokáže se sám obléci a umýt, kontinentní. Celkovou koupel, jídlo a úklid zajišťuje pečovatelská služba.

⁵⁵ JEŘÁBEK, Hynek. *Mezigenerační solidarita v péči o seniory*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2013. Studie (Sociologické nakladatelství). s. 80. ISBN 978-80-7419-117-6.

⁵⁶ TOŠNEROVÁ, Tamara. *Pocity a potřeby pečujících o starší rodinné příslušníky: průvodce pro zdravotníky a profesionální pečovatele*. Praha: Ambulance pro poruchy paměti, 2001. s. 15. ISBN 80-238-8001-2.

- Žena 76 let: imobilní, ležící, po posazení s oporou sedí, dokáže se sama najíst lžící, mluví obtížně, málo srozumitelně, inkontinentní. Péči zajišťuje manžel.
- Muž 81 let: imobilní, po posazení s oporou sedí, dokáže se sám najíst lžící, nemluví, občas vydá nesrozumitelné zvuky, inkontinentní. Má ponechaný PEG (z počátku onemocnění), manželka do něho podává léky a doplňuje hydrataci. Zaveden permanentní močový katetr.
- Muž 85 let: imobilní i v rámci lůžka, neprovede žádný aktivní pohyb, nemluví, jen pozoruje okolí, krmen, zaveden permanentní močový katetr, inkontinentní. V péči manželky.
- Žena 91 let: s pomocí se posadí, postaví a přeseďne na pojízdné WC. Trpí inkontinencí moči. Nají a napije se sama. Mluví pomaleji, ale srozumitelně. Hygienu provádí dcera. V péči dcer, které se střídají.

Z uvedených příkladů vyplývá, že péče o nesoběstačné seniory je nejnáročnější v oblasti hygieny, udržení čistoty po vyprazdňování, výživy, hydratace a komunikace se seniory.

3.5.3 Soběstačnost

Soběstačnost - pojem, nejzákladnější nezávislost, činnosti, úkony, které člověk vykonává, aniž by se zamyslel nad tím, jak tenká je hranice mezi soběstačností a nesoběstačností. Soběstačnost je pro člověka důležitá z důvodu zajištění si základních životních potřeb a pro většinu z nás i k zajištění si potřeb vyšších. Ztráta soběstačnosti doléhá na jedince po stránce fyzické, materiální, sociální a především psychické. V této kapitole se budu zabývat definicí pojmu soběstačnost, faktory, které soběstačnost ovlivňují a hodnocením soběstačnosti u seniorů.

3.5.3.1 Definice pojmu

Pojem soběstačnost definuje Haškovcová jako „schopnost být fyzicky, psychicky, finančně i emocionálně nezávislý.“ Obecně s přibývajícím věkem soběstačnost klesá v jedné nebo více složkách. Zdraví senioři by stále měli usilovat o praktickou soběstačnost prevencí (zejména zdravým způsobem života), nemocní pak dodržováním léčebného režimu a rehabilitací. Umět se o sebe postarat (**sebeobsluha**) je důležitý cíl. Pečující by se měli vyvarovat toho, aby za seniora vykonávali to, čeho je sám schopen, i když pomaleji,

namáhavěji nebo s pomocí druhých. Klasickým příkladem je strava. Pro mnohé pečující je rychlejší a pohodlnější nemocného seniora nakrmit, než mu pomáhat v tom, aby se najedl sám.⁵⁷

Kalvach uvádí soběstačnost jako schopnost uspokojovat samostatně obvyklé potřeby v daném prostředí. Je dána dvěma faktory. Jednak funkční zdatností organismu včetně potřebných dovedností a znalostí, jednak náročností prostředí. Soběstačnost lze zachovat či obnovit často spíše úpravami prostředí než normalizací funkční zdatnosti nemocného.⁵⁸

Zavázalová pojem soběstačnost rozděluje do čtyř složek, které jsou rozhodující pro hodnocení soběstačnosti:

- fyzická - zásadním faktorem je pohyblivost
- psychická - schopnost a dovednost samostatného vyřízení a zařízení denních činností
- sociální - míra začlenění do společnosti, včetně rodinné sounáležitosti
- ekonomická - dostačující příjmy, kontrola nad hospodařením⁵⁹

Z výše uvedených definicí vyplývá, že omezení nebo ztráta soběstačnosti může u seniora nastat pouze v některé z oblastí. Závažná je ztráta soběstačnosti v uspokojování základních lidských potřeb (najedení, umytí, vyprazdňování, chůze, oblékání). Ve své praxi se setkávám se všemi formami omezení či ztráty soběstačnosti. Nejhuře ztrátu soběstačnosti nesou, a to psychicky, lidé, kteří se nesoběstačnými stali náhle.

3.5.3.2 Hodnocení soběstačnosti

Pro zhodnocení úrovně soběstačnosti (nebo také míry závislosti) se pracuje se standardizovanými testy. K dispozici jsou testy hodnotící soběstačnost a uspokojování základních lidských potřeb až po testy hodnotící úroveň náročných aktivit. Pro rozsah mé bakalářské práce budu používat při hodnocení soběstačnosti seniorů pouze Barthelův test, protože všichni senioři, o které se pečující starají, jsou částečně nebo úplně nesoběstační

⁵⁷ HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Sociální gerontologie, aneb, Senioři mezi námi*. Praha: Galén, 2012. s. 149. ISBN 978-80-7262-900-8.

⁵⁸ Kalvach, Z. Hodnocení soběstačnosti a výkonnosti. In KALVACH, Zdeněk et al. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004. s. 196. ISBN 80-247-0548-6.

⁵⁹ ZAVÁZALOVÁ, Helena. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. Praha: Karolinum, 2001. s. 31. ISBN 80-246-0326-8.

v uspokojování již základních lidských potřeb. Pro úplnost přehledu škál hodnotící soběstačnost seniorů uvedu i další nejčastěji používané hodnotící indexy.

Aktivity každodenního (všedního) života

Koncept hodnocení aktivit všedního života (ADL - activities of daily living) vychází z přesvědčení, že u pacientů především se závažnou disabilitou není životně ani rehabilitačně rozhodující dílčí míra zlepšení zdatnosti, např. rozsah pohybu či samotná svalová síla. Rozhodující je funkční zdatnost ve smyslu sebeobsluhy a soběstačnosti.⁶⁰

Původní index nezávislosti v každodenních aktivitách (Index of Independence in Activities of Daily Living) vytvořil v roce 1964 S. Katz. Tento index byl upravován různými autory. Základní verze je šestipoložková. Hodnotí se schopnost člověka v těchto aktivitách: koupání, oblékání, používání toalety, přemísťování, kontinence a najedení. Hodnocení bylo původně ano/ne.

U nás rozšířený a nejpoužívanější je Barthelův index, který navíc hodnotí chůzi po schodech a chůzi po rovině.

Tabulka č. 5: Barthelův test základních, všedních potřeb

	Činnost:	Provedení činnosti:	Bodové skóre
01.	Najedení, napití	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	5
		Neprovede	0
02.	Oblékání	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	5
		Neprovede	0
03.	Koupání	Samostatně nebo s pomocí	5
		Neprovede	0
04.	Osobní hygiena	Samostatně nebo s pomocí	5
		Neprovede	0
05.	Kontinence moči	Plně kontinentní	10
		Občas inkontinentní	5
		Trvale inkontinentní	0
06.	Kontinence stolice	Plně kontinentní	10
		Občas inkontinentní	5
		Inkontinentní	0
07.	Použití WC	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	5

⁶⁰ Kalvach, Z. Hodnocení soběstačnosti a výkonnosti. In KALVACH, Zdeněk et al. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004. s. 196. ISBN 80-247-0548-6.

		Neprovede	0
08. Přesun lůžko-židle		Samostatně bez pomoci	15
		S malou pomocí	10
		Vydrží sedět	5
		Neprovede	0
09. Chůze po rovině		Samostatně nad 50 metrů	15
		S pomocí 50 metrů	10
		Na vozíku 50 metrů	5
		Neprovede	0
10. Chůze po schodech		Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	5
		Neprovede	0

Hodnocení stupně závislosti:	Závislost	Body
	Vysoce závislý	0 – 40 bodů
	Závislost středního stupně	45 – 60 bodů
	Lehká závislost	65 – 95 bodů
	Nezávislý	96 – 100 bodů

Instrumentální ADL - IADL

V roce 1969 zveřejnil Lawton et al. škálu hodnotící IADL - Philadelphia Geriatric Center IADL Scale. Hodnotí složitější činnosti, které umožňují nezávislou existenci, tedy plnou soběstačnost.

Z Lawtonovy škály vychází S. Katz, který v roce 1983 rozšířil svůj koncept ze základní sebeobsluhy do úrovně nezávislosti zavedením pojmu „instrumentální aktivity“. IADL se týká složitějších činností, které umožňují ve svém souhrnu nezávislou existenci, tedy plnou soběstačnost. Patří mezi ně nakupování, vaření, vedení domácnosti, používání dopravních prostředků, nakládání s penězi, telefonování.

Tabulka č. 6: Test instrumentálních denních činností – IADL

Činnost	Zvládnutí činností	Body
Telefonování	Vyhledá samostatně číslo, vytočí ho	10
	Zná několik čísel, odpovídá na zavolání	5
	Nedokáže používat telefon	0
Transport	Cestuje samostatně dopravním prostředkem	10
	Cestuje s doprovodem jiné osoby	5
	Cestuje v speciálně upraveném dopravním prostředku	0
Nakupování	Je schopný si samostatně nakoupit	10
	Nakoupí s doprovodem nebo radou jiné osoby	5
	Neschopný bez podstatné pomoci	0

Vaření	Uvaří samostatně celé jídlo	10
	Jídlo si ohřeje	5
	Jídlo musí připravit jiná osoba	0
Domácí práce	Udržuje domácnost s výjimkou těžkých prací	10
	Vykoná lehčí práci nebo neudrží přiměřenou čistotu	5
	Potřebuje pomoc při většině prací nebo nedělá žádné práce v domácnosti	0
Práce kolem domu	Vykonává samostatně a pravidelně	10
	Vykonává pod dohledem	5
	Vyžaduje pomoc, práci nevykoná	0
Užívání léků	Samostatně bere v určenou dobu správnou dávku, zná názvy léků	10
	Užívá léky, když jsou připravené a připomenuté	5
	Léky musí podávat jiná osoba	0
Finance	Spravuje samostatně, platí účty, pozná příjmy a výdaje	10
	Zvládne drobné výdaje, potřebuje pomoc se složitějšími operacemi	5
	Neschopný bez pomoci nakládat s penězi	0

Vyhodnocení stupně závislosti:

0 – 40 bodů– závislý

41 – 75 bodů – částečně závislý

76 – 80 bodů– nezávislý

Funkční míra nezávislosti FIM (Functional Independence Measure)

FIM se používá k hodnocení aktivit především v Německu a ve Skandinávii. Toto hodnocení je součástí propouštěcích zpráv u křehkých pacientů, zpracovává ho ergoterapeut. Pacient odchází z nemocnice s nezbytnými pomůckami zdravotní techniky, se kterými umí zacházet a je schopen je používat ve svém domácím prostředí. Jeho byt je zhodnocen a upraven. Výsledky jsou při propuštění graficky zhodnoceny. Další hodnocení probíhá po rehabilitaci a sleduje se, o kolik se zlepšila rehabilitační soběstačnost seniora. Toto hodnocení je podkladem pro financování rehabilitační péče.⁶¹

Hodnocení náročných „advanced“ aktivit AADL

Charakterizují nejzdatnější seniorskou populaci, tzv. elitní a zdatné (fit) jedince. AADL vystihují schopnost vykonávat náročnější pohybové aktivity, např. turistiku či tělesnou výchovu, především v pravidelném a kondičně účinném režimu.

⁶¹ Kalvach, Z., O. Švestková. Geriatrická ergoterapie. In KALVACH, Zdeněk et al. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004. s. 428. ISBN 80-247-0548-6.

Pro pečující osoby je důležité zhodnotit míru soběstačnosti seniora pro účely obstarání pomůcek usnadňujících pohyb a možné činnosti seniora. V neposlední řadě také pro zajištění pomůcek ulehčujících pečujícím manipulaci s nesoběstačným seniorem. Za tímto účelem jsem zjišťovala, jak a s čí pomocí budoucí pečující získali odpovídající vybavení k ulehčení své náročné práce.

3.5.4 Možnosti péče o seniory

Většina seniorů se cítí nejlépe ve svém domácím prostředí. Ideální situace je soběstačný člověk. V domácím prostředí mohou žít i senioři vyžadující podpůrnou péči, významnou pomoc nebo dílčí péči. Problém nastává, vyžadují-li nezbytnou osobní péči (viz typy péče). Není-li starší osoba zcela soběstačná a nemá nikoho, kdo by jí pomohl, má několik možností využití placené péče. Poskytování zdravotní péče je hrazeno z veřejného zdravotního pojištění.

3.5.4.1 Rodinná péče

Rodina je v péči o nesoběstačného seniora nezastupitelná. Měla by poskytovat jen tu péči, kterou si starý člověk nemůže obstarat sám, aby nebyl díky přílišné péči blízkých nečinný. Starý člověk by měl mít snahu zůstat co nejdéle soběstačný.

Rodina musí splňovat řadu předpokladů pro dobrou péči o nesoběstačného seniora, z nichž nejpodstatnější jsou tyto:

- moci a mít podmínky fyzické, sociální i psychické, bytové, časové, finanční a technické
- chtít pečovat, mít dobrou vůli, snažit se hledat možnosti a řešení v dané situaci za přispění všech členů rodiny
- umět pečovat, vědět jak pomoci, znát rozsah poskytované pomoci⁶²

3.5.4.2 Pečovatelská služba

Žadatelem o zavedení pečovatelské služby je sám občan. Podnět k jejímu zavedení může dát i sociální pracovnice, zdravotník, rodina. Pečovatelka dochází do domácnosti dle dohody s klientem. Zde provádí osobní asistenci při hygieně, oblékání a podávání jídla.

⁶² ZAVÁZALOVÁ, Helena. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. Praha: Karolinum, 2001. s. 53. ISBN 80-246-0326-8.

Zajišťují také úklid, doprovod na úřady, k lékaři a na nákup. K zařízením pečovatelské služby patří prádelny, střediska osobní hygieny a dopravní služba, která slouží k rozvozu obědů, dopravě osob, hromadným nákupům potravin či k rozvozu prádla.⁶³

3.5.4.3 Domovinky

Domovinky, denní či týdenní stacionáře se zpravidla zřizují při domech - penzionech, domovech důchodců či při charitativních zařízeních. Jsou určeny rodinám, které pečují o starého člověka v domácím prostředí, ale péči nemohou zajistit v době vlastních pracovních povinností.⁶⁴

3.5.4.4 Domovy důchodců

Domovy důchodců (DD) jsou plně ústavní zařízení, která se řídí stanoveným provozním řádem. Občan je do DD přijímán na základě žádosti. Zdravotnická péče je zajištěna zdravotními sestrami a přes den i lékařem.⁶⁵

3.5.4.5 Domovy - penziony pro důchodce

Jde o ústavní zařízení volnější ve srovnání s DD. Jsou určeny pro občany, jejichž zdravotní stav a věk umožňuje vést poměrně samostatný život ve vhodných podmínkách. Občané jsou přijímáni na základě žádosti. V domovech - penzionech pro důchodce se poskytuje ubytování a základní péče. Současně jsou vytvořeny i podmínky pro rozvoj kulturního a společenského života.⁶⁶

3.5.4.6 Domy s pečovatelskou službou

Představují formu individuálního bydlení starých lidí a jsou velmi žádané. Obyvatelé obdrží dekrety na malometrážní byty pro jednotlivce nebo dvojici a platí nájemné běžným způsobem. V těchto zařízeních je poskytována pečovatelská služba.⁶⁷

⁶³ Zavázalová H., K. Zikmundová, V. Zaremba. Terénní zdravotnické a sociální služby pro seniory. In KALVACH, Zdeněk et al. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004. s. 470. ISBN 80-247-0548-6.

⁶⁴ Ref. 63, s. 471.

⁶⁵ Ref. 63, s. 471.

⁶⁶ Ref. 63, s. 471.

⁶⁷ Ref. 63, s. 471.

4 PEČUJÍCÍ, PŘÍJEMCE PÉČE

S pečujícími osobami se při své práci v agentuře domácí péče setkávám denně. Někteří se stávají pečovateli na několik dní či týdnů (např. pečují o seniora po operaci, úrazu, krátkodobé dekompenzaci stavu), jiní se starají o seniora nesoběstačného mnoho měsíců a let. Zásadní rozdíl mezi nimi je v pohledu do budoucnosti a psychickém vyčerpání. Všichni pečující zahrnutí do mého výzkumného souboru jsou laičtí pečovatelé, kteří se naučili pečovat o svého blízkého seniora sami.

4.1 Definice

Výstižnou definici uvádí R. Kurucová, říká: „Pečovatel v domácím prostředí je osoba, která pomáhá uspokojovat potřeby svému rodinnému příslušníkovi - ošetřovanému. Vykonává také činnosti, jež by ošetřovaný prováděl sám, kdyby měl dostatek sil, vůle nebo potřebné vědomosti.“⁶⁸

U dlouhodobé péče je za pečující osobu považována osoba, která pečuje podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách:

- a) o fyzickou osobu, která se považuje za osobu závislou na pomoci jiné fyzické osoby ve stupni II, ve stupni III nebo ve stupni IV
- b) o fyzickou osobu mladší 10 let, která se považuje za osobu závislou na pomoci jiné fyzické osoby ve stupni I

V České republice byla v únoru roku 2016 založena Unie pečujících sdružující osoby, které pečují o osobu blízkou, dále osoby poskytující péči jak asistenti sociální péče.⁶⁹

4.2 Zátěž pečujícího

Péče o nesoběstačného seniora v domácím prostředí je velkou zátěží ve fyzické, psychické, finanční, sociální a spirituální oblasti.

Tošnerová uvádí devět příznaků zátěže pečovatele:

1. snaha o popření diagnózy onemocnění

⁶⁸ KURUCOVÁ, Radka. *Zátěž pečovatele: posuzování, diagnostika, intervence a prevence v péči o nevyhlášeně nemocné*. Praha: Grada Publishing, 2016. Sestra (Grada). s.26. ISBN 978-80-247-5707-0.

⁶⁹ „Unie pečujících vznikla jako odpověď na obtížnou situaci, v níž se ocitá značná část z rodinných a jiných neformálních pečujících, kteří se dlouhodobě a intenzivně starají o blízkého člověka ze svého okolí. Bez rodinné péče by se systém sociální péče v ČR neobešel. Unie pečujících z.s. je otevřená komunita těch, kteří se chtějí podílet na podpoře pečujících osob. Byla založena samotnými pečujícími, lidmi, kteří chtějí a potřebují změnu.“ [cit. 19. 6. 2016]. Dostupné z: <https://www.uniepecujicich.cz/>.

2. pocit zlosti, je manifestován hněvem, protože neexistuje účinná léčba a lidé z okolí nechápou, o co jde
3. snaha o izolaci, odloučení, jež pramení z pocitu vyčerpanosti a zbytečnosti
4. strach z budoucnosti, obavy, co přinesou další dny a jak dlouho bude schopen zvládat péči o nemocného
5. beznaděj, která vede k depresivním náladám, že nic, o co se snaží, nemá význam
6. únava a vyčerpání pramenící z faktu, že péče o nemocného je psychicky a fyzicky náročná
7. porucha spánku, unavený pečovatel špatně spí nebo ho trápí starosti
8. popudlivost pramenící z trvalého napětí doprovázeného náladovostí
9. neschopnost soustředit se na nic jiného kromě onemocnění blízkého⁷⁰

Termínem pečující osoba se také zabývá O. Matoušek, uvádí ve Slovníku sociální práce:

- za pečující osobu je považován ten, kdo pečuje o příbuzného, přítele nebo souseda a tuto péči provádí bez nároku na odměnu a bez jakékoliv formální smlouvy
- hlavním motivem poskytované péče je rodinné pouto nebo přátelská vazba
- z poskytování péče může mít pečující osoba uspokojení, ale rovněž ji poskytování péče může přetěžovat v mnoha oblastech
- uznání významu pečujících osob přišlo poměrně nedávno, když se do popředí dostala snaha o podporu komunitních zdrojů péče
- v západních zemích byl potvrzen velký rozsah této péče, ale přesto je zatím na okraji zájmu organizovaných sociálních služeb
- pečující osoby zatím nejsou brány jako partneři do diskuze o sociálních službách, taktéž výzkum se opomíjí⁷¹

4.3 Problémy pečujících osob

Pečující osoby se před zahájením i během pečování o nesoběstačného seniora setkávají s řadou problémů. V odborné literatuře se nejvíce setkáváme s níže uvedenými problémy.

⁷⁰ Ref. 68, s. 25.

⁷¹ MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2003. s. 143. ISBN 80-7178-549-0.

4.3.1 Přijetí role pečovatele

Přijetí role pečovatele/ky je prvním problémem, se kterým se potencionální pečovatel setkává.

Zpravidla znamená přelom i v životě toho, kdo je za zajištění této péče zodpovědný. Na základě rozhovorů lze identifikovat dvě cesty vývoje. Tou častější je cesta *krize*: vlivem náhlého zhoršení zdravotního stavu, najednou vyvstane potřeba intenzivní péče a asistence. Druhá cesta je postupná, poznamenaná kontinuálním zhoršováním stavu seniora či seniorky, a postupným přizpůsobováním objemu poskytované péče. Komunikační partnerky na začátku příběhu hovořily o samozřejmosti poskytnutí péče rodinným příslušníkům, nicméně jejich další vyprávění onu samozřejmost problematizovalo. Rozhodnutí poskytnout péči ve skutečnosti doprovázela řada nevyjasněných otázek, plánování, rozhodování a přemýšlení.

Významným motivem pro ně bylo také to, že neviděly jinou možnost. Institucionální péče pro ně byla nedostupná či z různých důvodů nepřijatelná a jiné řešení neexistovalo.⁷²

4.3.2 Psychická a fyzická zátěž

Fyzickou zátěž pečovatele způsobuje:

- statické zatížení - výkony kolem seniora vestoje, zatížení kosterního a svalového systému, kloubů při zvedání a manipulaci s pacientem
- porušení spánkového rytmu
- nedostatek času na stravování i pitný režim

Z psychických aspektů popisují pečovatelé nejvíce emocionální neklid, stres, nervozitu, strach, depresi. Do psychické zátěže se řadí stálá pozornost a sledování stavu pacienta, pružné reakce na požadavky a změnu u pacienta, nároky na paměť, odpovědnost za výsledky své práce, samostatné rozhodování a respektování určitých pravidel.

Pečovatelé také uvádějí jako problém realizaci výkonů, které běžně vzbuzují odpor.⁷³

⁷² DUDOVÁ, Radka. *Postarat se ve stáří: rodina a zajištění péče o seniory*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON) v koedici se Sociologickým ústavem AV ČR, v.v.i., 2015. Sociologické aktuality. s. 92-95. ISBN 978-80-7419-182-4.

⁷³ DOUGLAS, A. Quality of Life in Hospice Versus Non - Hospice Terminally Ill Adults. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 2007, sv. 9, č. 4, s. 182-183. ISSN 1530-0705.

Pro pečující osobu i opečovávanou osobu bylo poskytování intimní péče stresující. Pečující osoba se musela věnovat péči velmi intenzivně a překonat vlastní bariéry studu či znechucení. Z pohledu opečovávané osoby mohl hrát roli strach z přílišné intimity a z přiznání vlastní závislosti a ztráty kontroly a tím pádem i ohrožení vlastní identity.⁷⁴

Pečovatel pod neustálou fyzickou a psychickou zátěží reaguje na zátěžovou situaci přechodem přes určité fáze:

1. fáze: uvědomění si zátěže - pečovatel prožívá a interpretuje určité situace jako stresové, způsob vnímání stresové situace závisí na aktuálním stavu, schopnostech a sociální podpoře
2. fáze: aktivace psychických obranných reakcí - pečovatel se např. může izolovat od situace, která je pro něj nadmíru zatěžující
3. fáze: aktivace fyziologických reakcí - fyziologické adaptační mechanismy jsou spuštěny psychickými podněty
4. fáze: zvládání (coping) - hledání strategií, které by mohly vést ke zmírnění účinku stresu
5. fáze: první chorobné příznaky - pečovatel si uvědomuje, že jde o vážnější a trvalejší problémy
6. fáze: diagnóza stresem podmíněné poruchy - pečovatele postihuje psychosomatické onemocnění⁷⁵

V knize Hynka Jeřábka a kol. je stručně a naprosto výstižně popsána náročnost péče následujícími slovy: „Ale zvednout a umýt ležícího manžela, nakrmit nesamostatnou maminku, sedět u postele starého člověka a tišit jeho bolest a zoufalství noc za nocí, na takovou práci ani státní ani komunitní sféra svými silami nestačí.“⁷⁶

4.3.3 Potíže v komunikaci

Při komunikaci se starými lidmi, kdy je třeba činit zvláštní opatření, přistupují k obecným komunikačním problémům navíc specifické potíže.

Starý člověk, zvláště když je unavený, velmi pomalu komunikuje. Potřebuje delší dobu na to, aby sdělený obsah slyšel a porozuměl mu, našel odpověď a vyjádřil ji slovy.

⁷⁴ DUDOVÁ, Radka. *Postarat se ve stáří: rodina a zajištění péče o seniory*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON) v koedici se Sociologickým ústavem AV ČR, v.v.i., 2015. Sociologické aktuality. s. 130. ISBN 978-80-7419-182-4.

⁷⁵ VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2002. s. 22-25. ISBN 80-7178-678-0.

⁷⁶ JEŘÁBEK, Hynek. *Mezigenerační solidarita v péči o seniory*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2013. Studie (Sociologické nakladatelství). ISBN s. 49. 978-80-7419-117-6.

V naslouchání druhému člověku mohou bránit dvě různé situace - jsme-li od něj buď příliš blízko, nebo příliš daleko.

Můžeme být od něj fyzicky příliš vzdáleni, takže ho neuslyšíme. Příliš daleko jsme obrazně také tehdy, když si neuděláme dost času, který starý člověk k rozhovoru potřebuje. Hlavně když se pečující pokouší umlčet tu stále stejnou písničku, která mu už leze na nervy, je příliš daleko: Pořád to samý. „Ale ano, už jste mi to říkal dvacetkrát“.⁷⁷

Komunikovat se seniory se specifickým onemocněním vyžaduje individuální přístup. Stylisticky upravený materiál vydala Národní rada zdravotně postižených v ČR v roce 2006.⁷⁸

4.3.4 Osamělost pečovatele

Důležitým společenským aspektem, přesahujícím medicínská zjištění, je závažná skutečnost společenské izolovanosti těchto pečovatelů. Některé z těchto statečných žen bývají ponechány rodinami svých blízkých, svými sousedy, komunitou, společností dlouhé týdny nebo i měsíce bez pomoci a bez významnějšího společenského kontaktu. Nevědí, anebo dokonce ani nemají, kam se obrátit o pomoc. Jsou vyřazeny ze světa svou pečovatelskou rolí, někdy i opomíjeny svými širšími rodinami, často na míle vzdálenými od nich.⁷⁹

4.3.5 Nedostatek informací a praktických zkušeností

Informace sháněly [pečovatelky] postupně, za chodu, a zkušenosti získávaly pracně. Jejich častá nedůvěra k úřadům a institucím má své opodstatnění. Každá z pečujících rodin si vyzkoušela, nakolik se může spolehnout na své okolí, na služby léčených dlouhodobě nemocných, na občas příkladnou péči profesionálů, jindy na malou zkušenost lékařů nebo na neochotu úředníků, jen málo seznámených s problémy péče o seniory.

Překonaly první obavy z nároků péče. Zvládly potřeby nelehkých počátků pečování nebo momentální krize způsobené nemocí nebo úrazem.⁸⁰

⁷⁷ PICHAUD, Clément a Isabelle THAREAU. *Soužití se staršími lidmi: praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky*. Přeložil Abigail KOZLÍKOVÁ. Praha: Portál, 1998. Sociální práce. s. 84-85. ISBN 80-7178-184-3.

⁷⁸ KALVACH, Zdeněk. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada, 2008. s. 321-324. ISBN 978-80-247-2490-4.

⁷⁹ Ref. 76, s. 49.

⁸⁰ Ref. 76, s. 119.

4.4 Ošetřovatelské diagnózy

Z toho, že pečovat o někoho je věc náročná po všech stránkách, vyplývají ošetřovatelské diagnózy v Taxonomii NANDA International.

V Taxonomii II je role pečovatele uvedena v doménách uvedených v tabulce č. 7

Tabulka č. 7: Ošetřovatelské diagnózy v taxonomii NANDA

DOMÉNA 7	Vztahy mezi rolemi	
Třída 1	Role pečovatelů	představují společností očekávané vzorce chování osob poskytujících péči, které nejsou profesionálními pečovateli
Diagnóza 00061	Zátěž v roli pečovatele	
00062	Riziko zátěže v roli pečovatele	

Někdy bývá péče doprovázena i narušením rodinných vztahů, což vyjadřují další ošetřovatelské diagnózy:

Třída 2	Rodinné vztahy	spojení lidí, kteří nejsou spřízněny biologicky nebo volbou
Diagnóza 00058	Riziko narušení vztahu	
00060	Narušené procesy v rodině	

81

4.5 Příjemce péče

Všichni senioři, se kterými pracuji, jsou příjemci péče. Krátkodobí, u nichž je patrné zlepšování stavu nebo v rámci poskytované paliativní péče. Dlouhodobí příjemci péče jsou ve svých náladách a snaze provádět alespoň některé úkony velmi rozliční.

Závislá osoba byla definována jako člověk, který v důsledku ztráty fyzické, psychické nebo intelektuální autonomie potřebuje podstatnou pomoc k uspokojení životních potřeb.⁸²

Příjemci péče se stávají senioři:

- křehcí (fragil) - mají problémy s instrumentálními aktivitami denního života (IADL), balancují na hranici soběstačnosti, obvykle vyhledávají chráněné

⁸¹ HERDMAN, T. Heather (ed.). *Ošetřovatelské diagnózy: definice & klasifikace : 2012-2014 = Nursing diagnoses : definitions and classification : 2012-2014*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4328-8.

⁸² Dle Analýzy vývojových trendů a potřeb územní distribuce, grant MPSV, GK MPSV - 01-44/99.

prostředí, potřebují alespoň v některých činnostech pravidelnou pomoc rodiny a/nebo pečovatelské služby

- závislí (dependent) - jsou lidé se závažnou disabilitou, se závažným funkčním deficitem, z pohybových aktivit obvykle zvládají jen pomalé vycházky, mnohdy neopouštějí svůj byt, v ústavní péči jsou často omezeni na pohyb v křesle či na chůzi s dopomocí, z mentálních poruch jde např. o středně těžké demence, nemocní potřebují trvalou péči rodiny nebo služeb profesionálních či dobrovolnických, obtížně se adaptují, ale jsou schopni lehkých rekondičních programů
- zcela závislí (totally dependent) - jsou obvykle upoutaní na lůžko nebo lidé s těžkým mentálním deficitem, kteří nezvládají ani základní sebeobsluhu. Vyžadují plné bazální ošetřování, u většiny je rozvinut imobilizační syndrom. Jde o pacienty především ošetrovatelské, geriatrická specifickánost ustupuje do pozadí⁸³

⁸³ Kalvach, Z., L. Rychlý. Pojetí komplexního geriatrického hodnocení. In KALVACH, Zdeněk et al. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004. s. 170. ISBN 80-247-0548-6.

5 DOSAVADNÍ VÝZKUMY O PEČUJÍCÍCH OSOBÁCH

Kvalitě života seniorů bylo věnováno mnoho výzkumů, které posuzovaly kvalitu jejich života v mnoha rovinách. Prací, zabývajících se lidmi, kteří o ně pečují v domácím prostředí, je velmi málo. Vyhledávala jsem je v dostupné literatuře a níže je uvádím.

5.1 Diskurzivní rámování a každodenní zkušenost péče o starší v České republice

Hlavní řešitelkou byla Mgr. Radka Dudová, Ph.D.

Projekt probíhal v letech 2012 - 2014.

Projekt kombinuje metodologii analýzy politického diskursu s kvalitativní metodologií konstruktivistické verze teorie, s použitím techniky hloubkového rozhovoru.

Cílem projektu bylo odhalit, jaké rámce používá veřejný a politický diskurs péče o starší v České republice. Jak popisují a interpretují své zkušenosti ženy, které v České republice pečují o staršího člena rodiny v domácnosti a jak tyto zkušenosti a jejich interpretace, praktické modely péče a osobní etika péče odpovídá veřejnému rámování problému.

Dudová ve své knize věnované tomuto výzkumu uvádí: „Pro výzkum každodenních zkušeností péče jsem zvolila kvalitativní metodologii s využitím techniky narativních (biografických) rozhovorů. Základem narativního rozhovoru je individuální životní příběh *vyprávěný* komunikačním partnerem či partnerkou. Ten umožňuje odhalit, jak lidé prožívají a interpretují různé události a období ve svém životě.“⁸⁴

V závěru své práce dochází Dudová výzkumem k následujícím zjištěním. Neplatí předpoklad, že ženy, které se stávají pečovatelkami, tak činí poté, co jejich pracovní dráha skončí. Více než polovina dotazovaných žen žila celý svůj život ve dvougeneračním bydlení společně se svými rodiči. V dalších případech bydleli rodiče velmi blízko od bydliště dcery, která jim docházela pomáhat. V žádném z analyzovaných případů vzdálenost nepřesáhla hranice okresu.

⁸⁴ DUDOVÁ, Radka. *Postarat se ve stáří: rodina a zajištění péče o seniory*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON) v koedici se Sociologickým ústavem AV ČR, v.v.i., 2015. Sociologické aktuality. s. 85. ISBN 978-80-7419-182-4.

Fakt, že pečovatelka byla svobodná či rozvedená, situaci péče komplikoval. Absence podpory partnera se výrazně projevila v jejím prožívání pečovatelské role i v řešení různých strukturních překážek.

Na zkušenost a prožívání péče o stárnoucího a umírajícího rodiče mělo velký vliv také to, jak dlouho tento potřeboval náročnou intenzivní péči. Při několikaleté péči ženy hovořily o pocitu vyčerpání, vlastní nezastupitelnosti, a tudíž nemožnosti odpočinku, nedostatku spánku a zhoršující se ekonomické situaci domácnosti.⁸⁵

5.2 Rodinná péče o seniory jako „práce z lásky”: nové argumenty

Autorem tohoto výzkumu je Hynek Jeřábek, Fakulta sociálních věd Univerzity Karlovy v Praze.

Studie byla napsána v rámci projektu výzkumu rodinné péče o seniory v České republice. Je součástí výsledků širšího výzkumného projektu „Sociální a kulturní soudržnost v diferencované společnosti”.

Cílem bylo zjistit, zda se v podmínkách náročné osobní péče o seniory projevuje rodinná solidarita a rodinná soudržnost. Zjišťoval, nakolik se náročnější rodinná péče, měřená vyššími potřebami péče o seniora, projevuje rostoucím rozsahem poskytované péče, kterou jednotlivé pečující osoby věnují péči o seniora. Zajímal ho, jak se členové rodiny podělí o tuto péči. Zaměřil se také na rozdíly v psychické a finanční zátěži, jak je pociťována hlavními pečujícími v rodinách. V závěru shrnuje, zda je možno najít dostatek podpory pro tvrzení, že průvodním znakem rodinné péče o seniora je soudržná rodina.

Metodologie výzkumu

Firma SC&C provedla standardizované rozhovory s hlavními pečujícími osobami v domácím prostředí v prosinci 2006 a v lednu 2007. Dotazováno bylo osm skupin osob po sto respondentech a klíčem pro jejich rozdělení byly tři otázky:

- zda v minulosti pečovali o seniora v rodině
- zda nyní pečují
- zda je taková péče v nedaleké budoucnosti čeká

Odpovědi ano a ne na tyto tři otázky rozdělily respondenty do osmi skupin. Získané údaje byly zpracovány do tabulek.

⁸⁵ DUDOVÁ, Radka. *Postarat se ve stáří: rodina a zajištění péče o seniory*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON) v koedici se Sociologickým ústavem AV ČR, v.v.i., 2015. Sociologické aktuality. ISBN 978-80-7419-182-4.

V závěru bylo konstatováno, že:

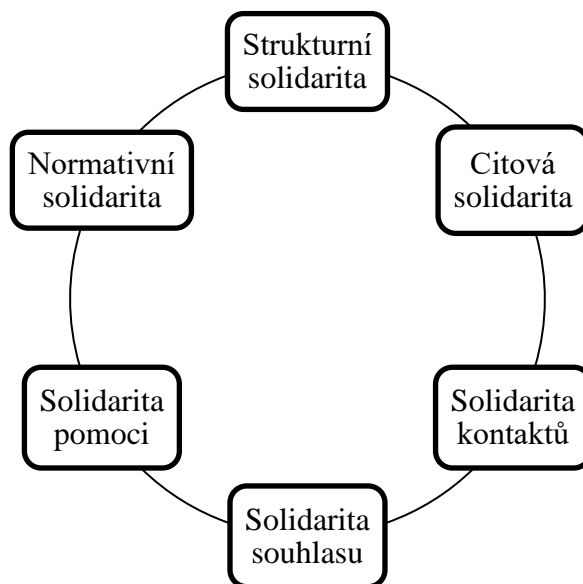
- potřeby seniora, kterému je poskytována péče rodinou, mají určující vliv na rozsah poskytované péče vyjádřený počtem hodin takové péče
- s rostoucími nároky péče vzrůstá průměrný počet hodin na pečující osobu
- psychická i finanční zátěž pečujících rodin, pociťovaná hlavním pečujícím, vzrůstá spolu s reálnými nároky péče
- rodinná péče jako práce z lásky, pružně se přizpůsobující proměňujícím se potřebám seniora, je prakticky nenahraditelná
- část rodin pečuje o seniora společně a že
- v případě nejnáročnějších situací se celkový rozsah potřebné péče rozkládá na větší počet pečujících osob⁸⁶

5.3 Mezigenerační solidarita v péči o seniory 2009-2012

Autorem tohoto výzkumu je Hynek Jeřábek působící na Institutu sociologických studií Fakulty sociálních věd Univerzity Karlovy.

Testoval Bengtsonův šestidimenzionální model mezigenerační solidarity.

Graf č.1: Bengtsonův model mezigenerační solidarity⁸⁷



⁸⁶ Jeřábek, Hynek: Rodinná péče o seniory jako „práce z lásky“: nové argumenty. In: Sociologický časopis / Czech Sociological Review 45 (2009), 2, [cit. 11.07.2016]. s. 243–265. Dostupné z: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0168-ssoar-68510>.

⁸⁷ JEŘÁBEK, Hynek. *Mezigenerační solidarita v péči o seniory*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2013. Studie (Sociologické nakladatelství). s. 162. ISBN 978-80-7419-117-6.

Zkoumanou populaci představovaly rodiny pečující o seniora. Respondenty byly hlavní pečující osoby starající se o seniora staršího 75 let. Použitý výzkumný model byl smíšený a sestával ze 413 standardizovaných face-to-face rozhovorů a 27 hloubkových rozhovorů.

Výsledky výzkumu ukázaly následující:

- proces pečování začíná přijetím zodpovědnosti za seniora
- pečující rodiny považují péči o seniora za samozřejmou
- rodina se zodpovědnosti nevzdává ani v případě, že péči poskytuje ambulantní služba nebo domov pro seniory
- institucionální péče je přijímána rodinou jen v kritické situaci
- pečující dávají přednost péči o seniora před vlastními zájmy a
- obětují svůj čas, kariéru a často i zdraví

Z výsledků hloubkových rozhovorů vyplývá, že:

- pocity zodpovědnosti hlavních pečujících jsou velmi intenzivní, silnější než strach ze smrti
- motivem rodinné péče o seniora je osobní povinnost pečovat, dokud je toho pečující osoba schopna
- motivem rodinné péče o seniora je samozřejmost
- institucionální péči použijí pouze, pokud by to už nebyly schopny zvládnout a že
- normou je altruismus jako průvodní projev péče v rodině, pečující obětují svůj čas a pohodlí, pečují, přestože je péče spojena s obětí⁸⁸

5.4 Hodnocení zátěže, kvalita a spokojenost pečovatelů

Výzkum vypracovala Mgr. Radka Kurucová, Ph.D.

Autorka zvolila kvantitativní metodu výzkumu. Zaměřila se na posouzení zátěže, spokojenosti pečovatele s poskytovanou péčí a zjištění, které aspekty života primárních (neprofesionálních) pečovatelů jsou nejvíce ovlivněny péčí o umírajícího.

⁸⁸ Výzkum prezentován H. Jeřábkem na konferenci „Hodnoty a normy v pozdně moderní společnosti“ 22. října 2015. [cit. 11.07.2016]. Dostupné z: https://www.ksoc.upol.cz/fileadmin/ksa/konference-sociologie-2015/Jerabek_Hynek.ppt.

Administrace dotazníků probíhala od dubna 2010. Výzkumný soubor tvořilo 142 žen a 121 mužů. Po získání empirických údajů autorka provedla jejich kategorizaci a údaje připravila na kvantitativní analýzu.

Pro posouzení zátěže použila dotazník Caregiver Strain Index modifikovaný Thorntonem a Trawisem v roce 2003. Pro posouzení spokojenosti pečovatele s poskytovanou péčí použila škálu FAMCARE.

Autorka v závěru uvádí, že u pečovatelů pozorujeme vysokou míru fyzické zátěže, přetrvávající emocionální zátěž, dopad onemocnění na vztahy v rodině a na finanční situaci rodiny. Hodnocení konkrétních oblastí kvality života ve vztahu k pacientovi, ale i k příbuzným v roli pečovatele, může být výchozí bází pro plánování vhodných intervencí na zlepšení kvality jejich života.⁸⁹

5.5 Kvalita života a sociální opora rodinných příslušníků pečujících o nesoběstačné seniory

Dané téma zkoumal Bc. Jiří Votoček ve své diplomové práci, již psal v rámci Masarykovy Univerzity v Brně, Lékařské fakulty, Katedry ošetřovatelství.

Stanovil cíle výzkumné části následovně:

- zmapovat strukturu a charakteristické rysy sociální podpůrné sítě u rodinných příslušníků pečujících o nesoběstačného seniora
- zjistit úroveň a ovlivňující faktory sociální opory u rodinných příslušníků pečujících o nesoběstačného seniora
- zjistit úroveň a ovlivňující faktory kvality života u rodinných příslušníků pečujících o nesoběstačného seniora
- posoudit vztah mezi sociální oporou a kvalitou života rodinných příslušníků pečujících o nesoběstačného seniora a
- posoudit vztah mezi úrovní závislosti seniorů ve všedních denních činnostech a kvalitou života rodinných příslušníků pečujících o nesoběstačného seniora

Jako metodologický přístup sloužila kvantitativní výzkumná strategie, která byla částečně doplněna i kvalitativními aspekty.

⁸⁹ KURUCOVÁ, Radka. *Zátěž pečovatele: posuzování, diagnostika, intervence a prevence v péči o nevyléčitelně nemocné*. Praha: Grada Publishing, 2016. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5707-0.

Použitými dotazníky byly „Sociální opora a kvalita života pečujících“, „EUROHIS-QOL 8“ (jedná se o mezinárodně standardizovaný dotazník). Dále vytvořil vlastní dotazník ke zjištění sociální podpůrné sítě a sociální opory. K posouzení soběstačnosti využil Barthelův test.

Výsledky výzkumů byly upraveny do velkého množství výsledných grafů a tabulek. Výsledky ukazují, že nejčastěji pečuje žena, dcera nebo snacha, polovina jich je v důchodu a žijí ve společné domácnosti se seniorem. Kvalita života pečujících se zhoršuje se snižující se soběstačností příjemce péče a všichni pečující udávají zhoršení kvality života ve všech oblastech života. Ukázalo se, že větší počet pečujících je méně častý. Zkoumáním sociální opory se prokázalo, že je větší míra obdržené sociální opory u osob s větší sociální podpůrnou sítí.⁹⁰

⁹⁰ VOTOČEK, Jiří. *Kvalita života a sociální opora rodinných příslušníků pečujících o nesoběstačné seniory*. Brno, 2009. Diplomová práce. Masarykova univerzita. Lékařská fakulta. Katedra ošetrovatelství. [cit. 11.07.2016]. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/101121/lf_m/VOTOCEK__J._Kvalita_zivota_a_socialni_opora_pecujicich__DP_.pdf.

II EMPIRICKÁ ČÁST

V empirické části jsou uvedeny všechny informace o metodě výzkumu, způsobu získávání a zpracování dat, o seniorech a pečujících osobách, o výsledcích, ke kterým jsem výzkumem došla a také informace o navržených intervencích.

6 METODOLOGIE VÝZKUMU

V bakalářské práci jsem použila kvalitativní výzkumný přístup, konkrétně kombinaci dlouhodobého pozorování, vyprávění a polostrukturovaného rozhovoru. Tento přístup je určen řadou charakteristických prvků. Uvádím ty, které jsem ve své práci nejvíce využila.

6.1 Kvalitativní výzkum - charakteristika

U každé charakteristiky uvádím její praktické uplatnění v této práci a jeden až dva příklady.

6.1.1 Delší a intenzivní kontakt s terénem

Měla jsem možnost dlouhodobě (po čtyři roky) jedenkrát až třikrát týdně navštěvovat domácnosti, ve kterých je pečováno o nesoběstačného seniora. Většina návštěv probíhala ve všední dny, ale např. ošetřování dekubitů či výměnu permanentního močového katétru jsem prováděla i o víkendech nebo o svátcích.

6.1.2 Pozorování v situacích běžných, „normálních“

Poznala jsem chod jednotlivých domácností jako celku a zároveň jsem více vnímala pečovatelskou činnost blízkých seniorů. Senioři zahrnutí v této práci byli při mém příchodu do domácnosti téměř vždy připraveni - umytí, upravení v čistém lůžku. Několikrát jsem ale viděla seniora znečištěného až na krk a pečujícího, jak ho umývá. Samozřejmě jsem se v této situaci zapojila do práce; při tom se zdravotník dozví nejvíce o tíži péče. Pečující byl rád, že alespoň jednou nebyl na mytí a převlékání lůžka sám a otevřel se. Po předání seniora do mého ošetřování šly pečovatelky pokračovat ve své práci. Většinou vařily, uklízely nebo běžely na malý nákup. Nastaly i situace, kdy si ke mně sedly a pozorovaly mou práci. Poznala jsem na nich, že jsou unavené nebo jejich senior měl neklidnou noc a nevyspaly se ani ony.

6.1.3 Kombinace metod pozorování, vyprávění, nestrukturovaný nebo polostrukturovaný rozhovor

Pozorování jsem prováděla vlastně každou návštěvu domácnosti. Hovořila jsem s pečujícími osobami někdy během ošetřování a vždy při zápisu provedené práce a při odchodu z bytu či domu.

Při vlastním výzkumu jsem nechala pečující osoby hovořit a potom informace doplnila několika otázkami. I na doplňující otázky jsem jim nechávala prostor pro volné vyprávění.

6.1.4 Stanovení širšího výzkumného problému a jeho zužování

Nejprve jsem měla v plánu zjistit pouze kvalitu života pečujících osob. Ty mi však začaly vyprávět, jak začaly pečovat, jak složitě sháněly informace, že se péči učily samy nebo pozorovaly sestry v nemocnici. Nevěděly, jak je těžké získat přehled například o možnostech pečovatelské služby, ošetřovatelské služby, kam se obrátit pro předpis na pleny, močové sáčky či příspěvky na péči. Proto jsem rozšířila téma o otázku a řešení, **jak pečujícím pomoci.**

6.1.5 Hlavním zdrojem dat jsou podrobné popisy prostředí a činností, zápisy doslovných výroků lidí

Domácí prostředí je přizpůsobeno tak, aby co nejvíce vyhovovalo seniorům a usnadňovalo práci pečujících osob. V domácnostech zkoumaných osob musely být provedeny menší či větší úpravy v bytě nebo domě. Pečující osoby v rozhovorech také popisují svůj běžný pracovní den, i den, který neprobíhal v zaběhnutých kolejích, tyto dny byly výjimečné a vyžadovaly přípravu.

6.1.6 Pozorovatel vytváří na konci každého dne souhrny z pozorování, formuluje problémy

Zapisovala jsem si otázky a problémy, které mě napadly, které jsem viděla a vyslechla. Někdy jsem zapisovala denně, jindy jen jednou týdně. Potom jsem je zformulovala do jednotlivých aspektů výzkumných otázek.

6.1.7 Hlavním výzkumným nástrojem je badatel sám

Po prostudování potřebné literatury jsem podklady sbírala během své práce v agentuře domácí péče. Dlouhodobé pozorování, naslouchání seniorům i pečujícím a rozhovory jsem prováděla sama.

6.1.8 Badatel zjišťuje, proč lidé jednají určitým způsobem a jak si organizují každodenní aktivity

Důležitou otázkou pro mě bylo, proč a za jakých okolností se lidé rozhodují pro péči. Proč nevolí institucionální péči a proč využili respitní péči. Zda se radili s rodinou o péči. Zajímavá byla organizace činností běžného pracovního dne u jednotlivých pečujících osob.

6.1.9 Badatel dopředu neví a ani nechce vědět, co mu má „vyjít“

Věděla jsem, že z mého bádání by mělo vyjít zjištění o kvalitě života seniorů. Nevěděla jsem, že mně vyjde ještě další výzkumná otázka. Odpověď na ni je pro mě a doufám, že především pro pečující osoby, pomocí a usnadněním v orientaci velkého množství informací spojených se zajištěním péče o seniora.

6.1.10 Lze studovat průběh dění, samotné procesy

Měla jsem dostatek času a příležitostí všimat si různých zavedených stereotypů péče a výkyvy z nich. Sledovala jsem pečující osoby a hovořila s nimi o běžných dílčích pracích všedního i svátečního dne. Nejednou jsem pomáhala při mytí znečištěného seniora, nemohla jsem tam jen tak stát a nechat pečující osobu dřít se samotnou.

6.1.11 Dobře se reaguje na místní podmínky

Rozhovory s pečujícími osobami jsem si domlouvala časově tak, aby senior nebyl doma nebo v době, kdy spal. Při sběru dat jsem využívala situací, kdy se pečující osoby rozhovořily i během mé péče o seniora. Nepřerušovala jsem je a nechala jsem je vypovídat, tím jsem získala např. otázku nebo informaci o tom, co jim chybí.

6.2 Shrnutí

Během pozorování situací v domácnostech, života zúčastněných a nezávazných hovorech mi samy vyplynuly otázky a situace, které bylo potřeba řešit. Začala jsem si

zapisovat, co je trápí, co jim chybí i co by přivítaly jako pomoc. Vytvořila jsem několik okruhů jejich práce i života. Zaznamenané otázky jsem porovnávala s otázkami v odborné literatuře a na tomto základě jsem vytvořila řadu aspektů výzkumných otázek, na které jsem získala odpovědi i volným vyprávěním pečujících nebo doplňujícími otázkami. Po přepsání rozhovorů se konkretizovala jednotlivá témata výzkumu. Výsledky jsem srovnávala vzájemně a také s odbornou literaturou.

7 CÍLE PRÁCE

Cílem mé bakalářské práce je zodpovězení výzkumných otázek a nalezení řešení problémů.

7.1 Výzkumné otázky

1. Zjistit, jak vnímají, prožívají a hodnotí svoji kvalitu života osoby, jež pečují o nesoběstačného seniora v období od jeho mozkové příhody či Alzheimerovy choroby, až do současnosti.
2. Zjistit, které obtíže považují pečující osoby za nejzávažnější a navrhnout postupy, které by jim péči usnadnily.

7.2 Aspekty výzkumných otázek

Při hledání odpovědí na dvě základní výzkumné otázky jsem se zajímala, zda kvalita života pečujících osob závisí na:

- pohlaví seniora a pečujícího
- věku
- rodinném vztahu
- pracovním zařazení seniora i pečující osoby před začátkem péče, před penzionováním
- délce péče
- zdravotním stavu seniora i pečující osoby před zahájením péče
- zdravotním stavu seniora i pečující osoby nyní
- příčině péče - jaké prodělal senior onemocnění vedoucí k péči
- počátcích péče
- informacích o poskytování péče
- informacích o sociální podpoře státu, opoře zdravotníků, teoretické i praktické edukaci pečujících osob o poskytování péče, získání veškerých informací uceleně
- jak se rozhodly pro péči
- úpravách v bytě
- pomoci úzké rodiny
- zájmech před péčí a nyní
- nejobtížnější práci při péči
- co je v péči snazší
- současné finanční situace seniora a pečující osoby

- průběhu jejich běžného dne
- co jim v péči chybí a co by jim pomohlo
- využití respitní péče
- co by doporučily nastávajícím pečujícím osobám
- celkovém hodnocení života při péči v porovnání s životem před péčí
- spolupráci s praktickým lékařem

8 KRITÉRIA VÝBĚRU

Pro kvalitativní výzkum jsem vybírala pečující osoby podle těchto kritérií:

1. souhlasily s rozhovorem
2. ztráta soběstačnosti seniorů - příjemců péče na základě onemocnění centrálního nervového systému
3. doba péče minimálně jeden rok
4. na základě dostupnosti – tj. lokální dostupnost v okolí pracoviště
5. na základě osobní profesionální zkušenosti

9 POSTUP SBĚRU DAT

Informace jsem získávala během každé návštěvy u nesoběstačného seniora. Pozorovala jsem při práci jejich pečující osoby a hovořila jsem s nimi. Se seniory jsem hovořila v rámci jejich onemocnění - s některými jsem vedla dialog, druhým jsem jen vyprávěla a sledovala jejich neverbální projevy.

9.1 Nestandardizované pozorování

Pro nestandardizované pozorování je typický nízký stupeň formalizace. Dokonce i výběr souboru pozorovaných objektů se odehrává až v průběhu pozorování a na základě rozhodování pozorovatele. Způsob sběru dat umožňuje jejich použití v přípravné fázi výzkumu.⁹¹ Můžeme hovořit i o využití tzv. zúčastněného pozorování. Při zúčastněném pozorování se výzkumník přímo pohybuje v prostoru, kde se vyskytují zkoumané fenomény, sám je součástí tohoto prostředí, splývá s ním a stává se jedním z aktérů, čímž dochází k interakci mezi pozorovaným a pozorovatelem. Prostor vybíráme podle pravděpodobnosti, kde se chování, které chceme pozorovat, bude objevovat nejvíce. V praxi pozorování probíhalo v domácím prostředí pečujících osob a seniorů. Sledovala jsem při své práci život nesoběstačných seniorů i jejich pečujících osob z pohledu zdravotní sestry.

Využití získané informace k výzkumné práci jsem se rozhodla až po dvou letech, při rozhodování o tématu bakalářské práce, neboť práce pečujících osob je nedoceněna ve všech oblastech. Některé aspekty výzkumných otázek jsem modifikovala během pozorování a analýzy dat. Dále lze hovořit o skrytém pozorování, tzn. že pozorovaný neví o skutečnosti, že je pozorován. Výsledky lze zpracovávat až po získání souhlasu pozorovaného, což jsem učinila.

9.2 Vyprávění

Během práce se seniory a postupem času jsem zcela nezávazně hovořila s pečujícími osobami. Svěřovaly se mi se svým vyčerpáním, především psychickým,

⁹¹ *Zúčastněné pozorování* [online], poslední aktualizace 12. října 2012 [cit. 10. 9. 2016], Wikipedie. Dostupné z: http://wiki.knihovna.cz/index.php?title=Z%C3%BA%C4%8Dastn%C4%9Bn%C3%A9_pozorov%C3%A1n%C3%AD.

ubíjejícím stereotypem prací a izolovaností. Začala jsem si zapisovat poznámky, co je trápí, co jim chybí i co by přivítaly jako pomoc. Na základě vyprávění jsem doplnila aspekty výzkumných otázek.

9.3 Polostrukturovaný rozhovor

Jedná se o takový rozhovor, který je částečně řízený, má předem daný soubor témat a volně přidružených otázek, ale jejich pořadí, volba slov a formulace může být pozměněna, případně může být něco dovysvětleno. Polostrukturované rozhovory jsou flexibilnější a volnější než strukturované, ale jsou organizovanější a systematictější než nestrukturované. Při použití polostrukturovaného kvalitativního rozhovoru je nutné vytvořit návod k rozhovoru, vést rozhovor, zaznamenávat data a nakonec je vyhodnotit.⁹² V praxi jsem tuto metodu aplikovala tím způsobem, že jsem určila téma hovoru, nechala pečující osoby volně vyprávět a nakonec jsem rozhovor doplnila o několik otázek.

⁹² *Kvalitativní rozhovory - polostrukturované a nestrukturované* [online], poslední aktualizace 12. října 2012 [cit. 10. 9. 2016], Wikipedie. Dostupné z: http://wiki.knihovna.cz/index.php?title=Kvalitativn%C3%AD_rozhovory_%E2%80%93_polostrukturovan%C3%A9_a_nestrukturovan%C3%A9.

10 PŘÍPRAVA NA ROZHOVOR

Příprava na rozhovor probíhala v několika fázích a vlastní interview proběhla během dvou měsíců. Bylo třeba sjednotit vyhovující časové termíny, nebylo pro mě těžké se přizpůsobit pečujícím osobám. Byla jsem velmi ráda a považuji si toho, že mi pečující osoby věnovaly svůj, tak drahý volný čas.

10.1 Dohodnutí termínu a místa rozhovorů

Se všemi pečujícími osobami jsem se domluvila velmi dobře, se čtyřmi osobně po ošetření jejich seniora a s jednou telefonicky. Termíny jsme dohodly s třítydenním předstihem a den před rozhovorem jsme si telefonicky ještě návštěvu potvrdily. Rozhovory probíhaly v domácím prostředí pečujících osob. Ve třech případech nebyli nemocní senioři přítomni - jeden byl v rehabilitačním ústavu, druhý na dialýze a třetí na neurologickém vyšetření. Dva senioři v době rozhovoru spaly, do těchto domácností jsem jela na zavolání, pečující osoby, ani já jsme nechtěly, aby senioři byli svědky rozhovoru.

10.2 Délka rozhovoru

Rozhovory trvaly mezi čtyřiceti pěti až šedesáti minutami. Nebyly ničím přerušovány, a protože se s pečujícími osobami znám dlouho a znám jejich příběhy péče dobře, byly konkrétní a probíhaly v přátelském prostředí. Nepřerušovala jsem je, aby neměly pocit, že něco říkají špatně nebo zbytečně.

10.3 Záznam rozhovoru

Rozhovory jsem zaznamenávala na diktafon, doslovně přepsala a text, s pomocí odborné literatury, podrobila obsahové analýze. Všechny pečující osoby ústně souhlasily se záznamem rozhovoru na diktafon. Souhlasily s audiozáznamem při domlouvání termínu i před rozhovorem samotným. Byly ujistěny o zachování anonymity.

11 VÝSLEDKY

Výsledky kvalitativního výzkumu vychází z dat, získaných od malého množství zkoumaných osob, v tomto výzkumu od pěti. Data jsou však bohatá a hluboká, neboť pečující osoby znám dlouho a stýkám se s nimi a jejich seniory několikrát týdně. Získané poznatky lze však obtížně zobecňovat a nemusí být ani v souladu s rozsáhlými výsledky kvantitativního výzkumu.

Získané výsledky kvalitativního výzkumu na téma „Kvalita života pečujících osob o nesoběstačného seniora“ jsem zpracovala v kapitolách 12, 13, 14 a v diskuzi. Získaná data jsou interpretována těmito způsoby:

1. základní informace o zkoumaných osobách jsou uvedeny v tabulce č. 8
2. odpovědi pečujících osob na dílčí otázky - odpovědi jsou autentické, přepsané z polostrukturovaného rozhovoru, který jsem s každou z nich vedla
3. přehled vývoje péče o nesoběstačného seniora uveden v tabulce č. 9
4. vyhodnocení dílčích otázek a uvedení výsledků v tabulkách č. 10-25
5. porovnání výsledků s odbornou literaturou v tabulkách č. 26-37

11.1 Pečující osoby

Problematika pečujících osob - laiků je v mé bakalářské práci hlavním výzkumným tématem, výzkumné cíle jsou zaměřeny na jejich osobu, život a pomoc jim. Nedílnou součástí jsou senioři nesoběstační v ADL potřebách, které pečující osoby svou obětavou prací uspokojují.

V tabulce č.8 uvádím přehled základních informací o zkoumaných pečujících osobách a nesoběstačných seniorech. Jednotlivé pečující osoby byly v rámci anonymity označeny písmeny A až E. Jejich výběr probíhal na základě splněných kritérií uvedených výše.

Tabulka č.8: Zkoumané osoby

Pečující osoba	Pohlaví	Věk pečující	Rodinný vztah k seniorovi	Délka péče	Příjemce péče	Věk příjemce	Onemocnění vedoucí k péči	ADL
A	žena	80	manželka	5 let	manžel	85	CMP	0
B	žena	62	manželka	4 roky	manžel	72	CMP, DM, renální insuficience, amputace obou DK	15

C	žena	60	manželka	2 roky	manžel	63	CMP	15
D	ženy	64 a 69	dcery	3 roky	matka	92	CMP	40
E	žena	65	dcera	2 roky	matka	89	Alzheimerova nemoc	30

Získané informace jsem zpracovávala postupně. Na dané kritérium jsem uvedla odpovědi všech pěti pečujících osob. Kritérii jsou stanovené aspekty výzkumných otázek. Základní informace jsem uvedla přehledně v tabulce č.8 empirické části bakalářské práce. Pořadí pečujících osob je zachováno dle tabulky. Všichni senioři jsou dle výsledků testu ADL vysoce závislí.

11.1.1 Pracovní zařazení seniora a pečující osoby před začátkem péče, před penzionováním

Pečující osoby se začaly starat o své nesoběstačné seniory ve třech případech jako penzistky, v jednom případě jako pracující penzistka a jedenkrát odešla manželka kvůli péči ze zaměstnání. Nyní v době rozhovoru jsou všechny pečující osoby v penzi a věnují se péči o seniora. Z důvodu zachování anonymity neuvádím přesná zaměstnání zúčastněných. Omezila jsem se na široké oblasti působení. Jednotlivé pečující uvádějí následující:

Pečující A: „Manžel pracoval jako dělník a já byla v kanceláři. Manžel sem přišel za prací a oba jsme dělali celý život v jedné firmě.“

Pečující B: „Manžel před tím, než onemocněl pracoval jako dělník, nejdříve v podniku, potom u soukromníka a já byla celý život v kuchyni.“

Pečující C: „Táta dřel po montážích jako dělník, přijížděl ve čtvrtek skoro v noci. Dělal dvanáctky, no jak bylo vidět, a pak byl tři dny doma. Jezdil zpátky v pondělí příšerně brzo, stavovali se pro něho ve vesnici už ve tři nad ránem. Já jsem byla celý život v obchodě. Někdy jsme vyráželi ve čtyři ráno, někdy jsme byli pryč i přes noc.“ (jezdila na výběr zboží)

Pečující D: „Já i sestra jsme celý život pracovaly ve školství. Já jsem byla pořád v jedné škole, sestra vystřídalala dvě. Maminka pracovala jako úřednice, několik roků dělala vedoucí a měla pod sebou dost lidí. Dokázala je opravdu dobře zorganizovat, i nás doma.“

Pečující E: „Maminka i já jsme měly stejnou profesi. Celý život jsme pracovaly ve školství, já mnoho let ve vedoucí funkci.“

11.1.2 Zdravotní stav seniora i pečujícího před začátkem péče a nyní

Zdravotní stav všech pečujících osob se během poskytování péče zhoršil. Většina seniorů měla vzhledem k věku drobné či větší zdravotní problémy, které je při dodržování léčby neomezovaly v běžných činnostech. Jen jedna žena byla před péčí zdravá a cítila se dobře. Senioři měli před onemocněním, které je učinilo nesoběstačnými, zdravotní problémy. Někteří malé, jiní velké.

Pečující A: „Než dostal manžel tu hroznou mrtvici, tak bral prášky na tlak. Pani doktorka ho každé měsíce měřila a pak mu napsala recept. Zdravotní stav se mi během pečování zhoršil. Bolej mě záda z toho, jak tátu tahám a obracím, no a to koleno vodešlo úplně až sem skončila na operaci dřív, než sem chtěla. Taký sem někdy nervově zničená a brečím sem, myslím, že se nezvednu z postele. Jo, ta psychika mi dává zabrat. Pani doktorka mi napsala prášky na nervy, tak sem si je někdy беру.“

Pečující B: „No, on se léčil, teda před tím, než měl mrtvici na tlak a měl cukrovku. Po ní dokázal chodit s hůlkou, levou ruku má od tý mrtvice ochrnutou. Cukrovku měl furt vyšší, dostal plno léků. Pak mu začaly odcházet ledviny, začali sme jezdit na nefrologii, pak na dialýzu. Když mu d'áli porvé tu kanylu, poprvé tady na tý pravý ruce a to začaly nejdřív černat prsty pravý ruky, takže mu tydle dva vzaly (druhý a třetí) a když mu kanylu před'áli tady (ukazuje k vena subclavia), tak se mu udělaly černý tečky na nohách, prstech. Nejdřív mu amputovali pravou a potom mu začala levá noha. Tu mu nakonec taky amputovali, natřikrát, takže během půl roku přišel o obě nohy. Dřív sem měla vysokou tlak. Cukrovku sem dostala, když manžel byl po mrtvici, tak sem měla velkou skřípku a po tý mi zjistili cukrovku. Cukr sem měla šestadvacet. Bolej mě záda a psychicky sem horší. Ted' už sem se naučila, jak ho chytit, ale za začátku jsem musela i na obštriky nebo mi sestřičky píchaly injekce.“

Pečující C: „Než měl muž mrtvici, tak byl na operaci s kolenem a to už nebylo ono, asi se šetřil. Předtím byl čilej. Já sem vůbec nemarodila. Ted' sem psychicky odrovnaná. Přechodila sem nachlazení, pak mi dali nějaký prášky na uklidnění a to mi pak vyskákala vyrážka. Prý to je ze snížené imunity a psychický. Bolí mě páteř, byla sem i na očním, že mám mžitky. Pani doktorka mi řekla, že mám oči v pořádku, že to je od krční páteře.“

Pečující D: „Maminka se léčí přes dvacet let s vysokým tlakem a od mládí má křečové žíly. Jinak byla celkem zdravá. Už mnoho let, možná třicet mám problémy se zády. Často sem chodila na rehabilitace, byla jsem i v lázních. Dlouho se taky léčím s křečovými žilami. U mě se zhoršila záda tím, jak maminku zvedám a když se nemohla

hýbat, tak jak sem u ní byla ohnutá. Když mám babičku na starosti, tak si rozhodím spaní, protože se často budím, když maminka zavolá nebo když se otáčí na posteli. Naštěstí mi netrvá dýl než dva dny, kdy se v klidu vracím do normálu. Péče je strašně vyčerpávající po psychické stránce.“

Pečující E: „Maminka byla před tou demencí skvělá, měla zájem o všechno. Měla slabou cukrovku, jen na dietě, jinak ji nic netrápilo. Během pečování vyžadovala, aby se s ní bylo pořád. Ona se třeba oblíkla za pomoci. Když jsem jí dala jídlo na stůl, tak to bylo v pořádku, no a postupně se to zhoršovalo. Pak, asi půl roku, jsem si k ní musela sednout a počkat, až se nají, zvládala to sama lžicí. Chodila o holích. S mojí pomocí nebo když někdo přišel, třeba švagrová, si došla na záchod. Musela jsem jí se vším pomáhat. Během pečování se mi stoprocentně zhoršilo koleno, no a na náladě to nepřidá. S kolenem jsem měla problémy přes dvacet let. To koleno bylo rozhodující, já jsem už jednou operaci odřekla.. Ale za rok už mě to tak bolelo, že jsem musela nastoupit. Nejhorší byly ty noci, já jsem byla za ty dva roky totálně nevyspalá.“

11.1.3 Počátek péče

Některé pečující osoby se o své seniory staraly ještě předtím, než se senioři stali zcela závislými na uspokojování základních lidských potřeb druhými lidmi, jiné začaly pečovat téměř ze dne na den. Ty měly na seznámení se s úkony péče o nesoběstačného seniora jen dobu, po kterou byl jejich blízký v nemocnici.

Pečující A: „Pani doktorka nám řekla, že máme hledat nějaký domov důchodců, kam ho dáme. Nešlo to, neměla sem to srdce ho někam dát.“

Pečující B: „Po tý mrtvici já sem chodila ještě do práce, ale dcera byla na mateřský, tak tam každé den do tří byla. Když nám řekli, že mu budou amputovat nohy, tak sem si řekla, že se nedá nic dělat a zůstala s ním doma.“

Pečující C: „No, tak sme si s dcerami řekly, že ho vezmem domu a nějak ho rozchodíme, on (primář léčebny - pozn. autorky) nám řekl, že to bude na dlouho, tak na rok a půl, jestli se vůbec postaví. Uvidíme, jak to budu zvládat a že to kdyžtak potom budem řešit tím domovem.“

Pečující D: „Po první mrtvici byla schopna chodit, chtěla být za každou cenu doma. Já, protože jsem již deset let v důchodu, tak jsem k ní denně chodila pečovat. Sestra jezdila taky, ale musela dojíždět vlakem. Já jsem zajišťovala doktory, nákupy a úklid, sestra vařila a vozila jí jídlo. Po druhé mrtvici jsme chtěly na nějakou rehabilitaci, aby trochu zesílila, ale pani doktorka nám řekla, že jediné léčebna, že rehabilitace nepřichází v úvahu. Vrátili

ji asi za tři týdny s tím, že bude úplně ležící. Byla v dost zoufalém stavu, nepohnula se, měla hadičku (pozn. autorky: PMK) a na kostrči proleženinu. Genitál měla po hygienické stránce v dost zoufalém stavu, asi počítali, že zemře. Tak jsme se ne se se sestrou podívaly, tak dobře, vezmem ji domu.“

Pečující E: „To pečování nastalo rychle. Začlo to tak, že se postavila ke sporáku a nevěděla, jak se vaří jídlo. Já sem jí říkala, jak to mohla zapomenout. Ona nevěděla jak se to dělá, tak už se k tomu sporáku nepostavila. Od toho dne to datuju.“

11.1.4 Rozhodování o péči

Rozhodování, zda se starat o nesoběstačného seniora, se zdá být těžké. Je třeba zvážit náročnost péče. Žádná z pečujících osob neměla s takovou činností dřívější zkušenosti. Přesto se všechny rozhodly na základě citové vazby k seniorovi, byla to rozhodování srdcem.

Pečující A: „Děti mi říkaly, ať si to rozmyslím, ale já neměla co. Slíbili sme si až do smrti.“

Pečující B: „Nabízeli nám, že ho daj do léčebny, ale to sme podle té pověsti nechťely. Tam by nebyl dlouho, on by to psychicky neunes. mě, že bych se o něj nestarala, bylo to jasné.“

Pečující C: „Kdybych věděla i tehdy, co pečování obnáší, tak bych si ho vzala zase domů. Víte co, s tím člověkem žijete plno let (oči se paní zalijou slzami). Člověk nemá to svědomí jako, sme spolu čtyřicet dva roků. Protože, co sem měla dělat, že jo.“

Pečující D: „Je to naše maminka, tak dokud to budeme zvládat, tak budeme pečovat. Jinde by ji nedali všechno tak, jak je zvyklá a má ráda.“

Pečující E: „Než maminka onemocněla tak, že vyžadovala péči, tak jsme spolu byly hodně často, třeba i půl roku na chalupě. Už tenkrát se mě bratr ptal, co budu dělat, až se mamka zhorší. Věděla jsem vždycky, že se o ni budu snažit postarat. Nevadilo mu, že bych ji někdy dala do domova. Než sem šla na tu operaci a starala jsem se, ani mě nenapadlo, že bych ji dala do domova důchodců, i když mě všichni přemlouvali. Říkala jsem si, tak uvidíme, až budou nějaký příznaky, tak to budem řešit.“

11.1.5 Informace o sociální podpoře státu, opoře zdravotníků, teoretické i praktické edukaci pečujících osob o poskytování péče - získání veškerých informací uceleně

Informace o potřebných pomůckách k ošetřování nesoběstačného seniora se pečující osoby dozvíдалy různými způsoby. Vždy však informace vycházely od zdravotníků. Některé informace byly podávány uceleně, jiné po částech. Praktické dovednosti ošetřování nesoběstačných seniorů některé pečující osoby získávaly pozorováním práce zdravotních sester, některé až při péči samotné, bez předešlých ukázek.

Pečující A: „V eldéence mi dali číslo na vaši domácí péči, kvůli rehabilitaci a hadičce (pozn. autorky: PMK). Eště, než šel muž domů sem tam zavolala, abych věděla co a jak. Přijela vaše vedoucí a všechno mi řekla a napsala co budu potřebovat. Dostala sem taky nějaký letáky. Tak sem měla všechno připravený - postel na posouvání, plíny, podložky, sáčky k hadičce a věci na mytí. Taky velkou stříkačku na pití. Vnučka je taky sestřička, tak mi s dědou ze začátku pomáhala. Když ho přivezli, tak tu se mnou tejden byla, abysme viděly, jak to pude. Nejdřív ho myla ona, pak sem se to naučila já.“

Pečující B: „Měly sme štěstí na to, že než ho pustili domů, tak smě měly už postel a to všechno nachystaný, vozejk, ten už měl. Na jipce nám sestřička řekla, kde postel seženeme. My máme to ministerstvo vnitra (pozn. autorky: zdravotní pojišťovna), tam byli vstřícný a schválili nám to rychle, hradí i vozík. S pani doktorkou obvodní kvůli plínám problémy nemám. Ty manželovi dávám asi poslední rok, protože je každou chvíli špinavej a mazal mi furt prostěradlo. Péči o něj sem odkoukala od sestřiček v nemocnici.“

Pečující C: „Koupily sme narychlo postel, protože sme nevěděly, že na to má nárok. Sociální pracovnice nám na tý geriatrii řekla, na co máme všechno nárok. Na normální posteli by ležet nemoh a taky kvůli mně, abych se tak neohejbala. O tý posteli nám už řekli v nemocnici, ale to sme ji už měly koupenou. Přivezly sme si domů eště chodítko a stolek na jídlo. Dcera šla ještě za tou sociální pracovnicí a ta jí dala kontakty na centra, se kterýma se můžeme spojit na tu rehabilitaci. Známa v práci nám doporučila vaši organizaci, že sestry jezdily k tatínkovi a byla s nima spokojená, tak mi dala číslo na vás. Tak hned, jak manžel přijel domů, jsem volala vaši organizaci a přijela pani vrchní udělat obhlídku, co a jak bude potřeba. Péči o něho sem se naučila sama. Začala sem ji dělat už v nemocnici. Kolikrát sem přišla a řek mi, že je pokálenej. Šla sem za sestrou, ať mi dá věci, že ho umeju, buď to zvládnou nebo si ji zavolám na pomoc. Tak sem si to nacvičila už tam.“

Pečující D: „Ještě než přišla babička domů, tak švagr s vámi konzultoval, co budeme potřebovat. Doporučila ste nám polohovací postel, záchůdek, plíny a plno dalších věcí. Musela ste nám říct, jaký krémy, jaký mejdla, co všechno na hygienu. Babička měla cévku, tak kde brát sáčky, kde sehnat plíny. Ukázala ste nám, jak se otáčí, posunuje, jak se mění plíny, jak se obléká. Vůbec sme nevěděly, jak jí obléknout tričko. Ukázala ste nám, jak vypouštět moč ze sáčku, jak ho vyměňovat. Dokonce, když se pokálela, tak ste tady zrovna byla a ukázala nám, jak ji co nejjednodušeji a přitom bezvadně umýt a co namazat na zadek. Tou pěnou jak se to čistí, to člověk vůbec nevěděl.“

Pečující E: „Když se mamčin stav takhle zhoupl, tak jsem oslovila praktického lékaře, co mám dělat a ten řekl, zkuste geriatrii. Tak sem tam zašla, řekli ano, sem patří, tam ji udělali první test, určili diagnózu, dali jí nějaký prášky, vybavili brožurkama, že jsem si to jako načetla. Věděla jsem, jak pečovat, i o těch různých službách. Nebo z osobního rozhovoru s doktorkou i sestrou. Koupili jsme jí s bratrem zvedací postel z vlastních prostředků. To nás ani nenapadlo, že bysme o to žádali. Ještě jsme obstarali zvýšené sedátko na záchod.“

11.1.6 Pomoc úzké rodiny

Pomoc s péčí o nesoběstačné seniory se jeví jako nevyhnutelná. Péči nelze zvládat buď bez pomoci rodiny, známých, či profesionálních služeb. Každá pečující osoba někdy potřebuje odejít za svými soukromými záležitostmi nebo chce seniora přemístit a využije pomoc druhého člověka. Nejčastěji to je blízký rodinný příslušník, jehož pomoci využívají nejvíce.

Pečující A: „Syn by mi nakoupil, ale já chci mezi lidi a podívat se po krámě. Někdy s ním ale přeci jen jedu. Všechnu práci kolem táty si dělám sama, syn se zetěm přijedou jednou za tejdén a donesou mi tátu do koupelny, posaděj na židli a já si k němu vlezu do sprchy a umeju ho. Celou dobu ho musej držet, jinak by sjel dolu. Dcera mezi tím převlíkne postel. Nakonec ho syn oholí a ostříhá mu nehty. Úplně sama bych s tátou asi nemohla bejt, to bych ho do té koupelny nedostala nebo bych ho myla jen na posteli. Taký před tou operací sem musela hodně k doktorovi, to mě vozil syn nebo byl u táty, abych byla v klidu. Vy ste mi tátu hlídala, když sem byla vnučce na svatbě, neumím si představit, že by k nám přišel někdo úplně cizí na hlídání, koho bych vůbec neznala.“

Pečující B: „Ležela sem v nemocnici, cukr šest a dvacet. O manžela se starala dcera, to měl ještě nohy. Nastěhovala se k nám na tu dobu. Dcery mi pomáhají tím, že mi vozí nákupy, někdy mě vyvezou do města, obstaraj léky. Ta starší zařizuje papíry, když to

je potřeba. Zatím se starám já, no kdyby to bylo potřeba, tak by to snad zvládly. Když mi nebylo jednou dobře, tak tu byla a starala se o nás oba.“

Pečující C: „Máme dvě dcery. Jedna bydlí ve městě a kvůli práci jsou samý školení. Zařizuje mi, co potřebuju ve městě ohledně papírů a úřadů. Druhá bydlí ve vedlejší vesnici, tak se tu denně stavuje. Obě jeden den o víkendu přijedou, zeťáci vezmou muže do vany, umeju ho. Dcery zatím umejou a převlíknou postel. Dřív sme grilovali.“

Pečující D: „Původně jsem si myslela, že babička bude ve svém bytě a že se se sestrou budeme v tom bytě střídat. Ale sestra, která má manžela a velkou zahradu, což já nemám, s tím nesouhlasila a vzala si babičku k sobě, Já jsem se musela teda přizpůsobit. Jsem jí za to nesmírně vděčná, ale není to nejvhodnější. Já jedu do baráku jejího manžela obsluhovat svoji matku. Já přebírám péči o babičku, vařím a uklízím. Někdy jsem tam čtyři dny, někdy čtrnáct. Zkrátka vyjdeme si vstříc, někdy to ale zaskřípe, někdy to jde dost těžko, protože se stane, že máme obě nějakou akci, pak musí jedna ustoupit. Občas je obtížná spolupráce se sestrou, přeci jen jsem v její domácnosti.“

Pečující E: „Třeba když jsme měli sraz ze základní školy, tak přijel bratr a s tou matkou ty čtyři hodiny byl. To bylo asi tak třikrát do roka. Když jsem potřebovala odejít, tak přijela švagrová nebo bratr, když to bylo déle než na dvě hodiny. To se musí někde projevit, když ty lidi začnou takhle pečovat, pokud nevyužijou nějaké služby. To když jsem se ze začátku jenom před matkou zmínila, tak to vůbec. A jen můj takový osobní pocit - já si přeci nepojedu na vejlet a někdo cizí se mi bude starat o matku. Já to měla v sobě takhle nastavený, já vím, že to třeba nebylo to pravý ořechový, že ty služby dneska jsou.“

11.1.7 Úpravy v bytě

Pečující osoby prováděly v bytě úpravy menšího nebo většího rozsahu.

Pečující A: „Naštěstí sme předělali koupelnu rok před tím, než manžel ulehnu. Máme sprchovej kout, dost velkej, tak si k němu vlezu a meju ho. Z obejváku sme dali pryč gauč a jedno křeslo a místo toho je postel.“

Pečující B: „Po tý mrtvici sme se museli přestěhovat na vesnici, aby to měl manžel jednodušší a teď, když je takhle a jezdí na dialýzu, tak bysme ani v patře bez výtahu nemohli bejt. Natrvalo sme tady čtyři roky (předtím víkendové bydlení). Do sprchy ho nedostanu, musím ho mejt na posteli.“

Pečující C: „Museli sme udělat přesravbu, zrušili sme pokoj pro vnoučata. Dali sme tam lino, mužovu postel a potřebný skříňky, abych měla všechno při ruce.“

Pečující D: „U sestry jsme předělali koupelnu, teď je s velkým sprchovým koutem, kam babičku posadíme. Maminka má svůj pokoj, který jsme připravili, ještě než přišla z nemocnice.“

Pečující E: „O maminku jsem pečovala převážně u ní doma. Já bydlím v nedalekém městě. Tak když jsem potřebovala něco zařídit nebo svoje doktory, tak jsem ji převezla k sobě. To trvalo i den, než si uvědomila, kde je. To mi třeba řekla, jedeme domů. Pak jsem to dělala tak, že jsme byly na místě nejméně deset dní, protože ten přesun ji nedělal dobře. Byla dezorientovaná. V bytech máme obě sprchy, tak mytí šlo, koupala jsem ji já ve sprše.“

11.1.8 Zájmy před péčí a nyní

Osoba pečující o nesoběstačného seniora přichází o čas i sílu na své zájmy.

Pečující A: „Každý první čtvrtek v měsíci se scházíme se ženskýmá odpoledne v zasedačce na úřadě. Já tam du tak na hodinu a zase spěchám domu. Úplně sem přestala chodit ven, dřív sem jezdila do města nebo se scházela s ženskejma na popovídání. Skoro všechny známý jsou vdovy a můžou si dělat, co chtěj. Některá jezdí každý rok do lázní, já sem uvázaná doma.“

Pečující B: „V práci sme měly bezvadnej kolektiv i když sem dělala se samejma ženskejma. Když měla některá z nás narozeniy nebo svátek, tak sme se jednou za měsíc po práci sešly a oslavily to společně. Mohly sme bejt v práci nebo sme šly někam posedět. Táta chodil občas s chlapama na pivo. O víkendech sme jezdili sem, to sme to tu měli jako chalupu. Teď si s kolegyněma voláme a to je i hodina a půl. Táta má zájem, když se bavíme s holkama o něčem z jeho rodiště.“

Pečující C: „Manžel před mrtvicí dělal všechno kolem domu a ještě před tím před operací kolene byl čilej, hrál nohejbal, každý den si jezdil na kole pro noviny, aby věděl, co je novýho. Každý rok sme spolu lítali k moři nebo sem s oběma dcerama jela na wellness víkend. Byl společenskej, teď se všechno obrátilo naruby. Nejhorší je, že s námi nemluví. To když přišla dcera, tak nechtěl někdy ani s ní mluvit. Než muž onemocněl, chodily sme se ženskýmá z práce na kafe, to muselo přestat. Z práce sme měli večírky, to sem taky chodila. Tady sme chodili s manželem na zábavy si zatancovat, to všechno padlo. Sem tady úplně zavřená. Ze začátku, když mi kolegyně zavolaly, jak se mám, tak se mi to tady (pozn. autorky: ukazuje na krk) sevřelo a nemohla sem vůbec mluvit. Nedokázala sem se udržet nebrečet, klepal se mi hlas. Bylo mi až pak trapně, že sem nedokázala do toho

telefonu mluvit. Teď už to kapku polevilo a jsem ráda, že si voláme. Teď, když je muž na rehabilitaci, tak mi kolegyně volaly, ať jdu s nima.“

Pečující D: „Stane se, že musím odjet, protože mám čtyři vnoučata, mám chalupu, na kterou sem po smrti manžela zůstala sama, a mám doktora a mám přátele. Takže já musím v té době, kdy já odjedu od té maminky tohle všechno stihnout. Přátele si držím, potřebuju je, tak si odpočinu. Sestra moc krásně zpívá a chodí zpívat do sboru. To si pořád drží, i když má babičku na starosti ona. Muž ji tam odveze, jede domů a pak pro ni jede, aby babička nebyla dlouho sama. Když jedou takhle pryč, tak babička leží v posteli.“

Pečující E: „Dokud ona mohla, tak mi taky vařila, to dělala moc ráda, zkoušela i nové recepty. Já jsem měla kvůli tomu kolenu omezené společenské život už před tím, pak se to ještě zhoršilo, skoro uťalo. Velmi ráda čtu, ale tím, že se pořádně nevyspí, tak u knížky hned usínám.“

11.1.9 Nejobtížnější práce při péči

Péče jako celek je nesmírně náročná a vyčerpávající. Jsou činnosti, které zdravý člověk vykonává v soukromí. Nesoběstačný člověk je ve vykonávání některých fyziologických potřeb závislý na své pečující osobě a působí mu to psychické obtíže. Pro pečující osobu je udržování seniora v čistotě jednou z nejnáročnějších prací. Velmi náročná je také manipulace s člověkem, který vám nepomůže. Potíže pečujícím osobám také dělал nedostatek spánku.

Pečující A: „Nejhorší je ho otáčet, ještě, že není těžkej a velkej. Když ho chci vytahnout nahoru, tak si musím stoupnout na tu tyč, chytit ho pod paží a vytahnout. Dřina je ho otáčet několikrát při mytí a nakonec ho vytahnout nahoru. Když jde na záchod jednou za den, tak to de, ale když to je po troškách i pětkrát za den, tak to už nemůžu. Furt ho mejt a mazat, je to těžký. Někdy se se mnou pere, to když nechce oblíkat, zasekne se a nehne rukama. Má sílu, drží je u těla a já s ním nehnu. Měním mu jen kabátek od pyžama, ale to někdy i několikrát za den, když vyprskne jídlo. To ho někdy nechám a musím si jít vedle sednout na gauč a brečim. Někdy spí dobře, ale někdy hučí půlku noci a to je druhý den se mnou hrozný. Kdy se nevyspím, tak pak dělám jen to co musí bejt a sem hrozně unavená. Připadám si jako uvázaná u boudy, to je snad nejhorší.“

Pečující B: „Nejtěžší je ta hygiena a záchod. Ta starší když de táta na záchod, tak uteče, kdyby musela, tak ho taky obstará. Ta mladší ta jo, tý si táta i řekne. Vyprazdňování je někdy těžký, hlavně po tý dialýze, někdy ani neví, že mu něco uteče. Jinak si zavolá a já mu dám mísu. Dřív plíny neměl, teď už má celej den, protože sem měla každou chvíli

špinavou postel. Škoda, že nám pani doktorka tu rehabilitaci dala jen jednou tejdne, když cvičil třikrát, víc mě pomoh a já se sním nemusela tahat úplně sama. Zvedák nevyužívám, protože jak táta nemá nohy, tak furt vyjíždí.“

Pečující C: „Nejhorší je to mytí, protože se neotočil, nesed si. Jen se chytnul, ale neudržel se, jak byl zesláblej, tak sem ho musela tahat já. Nejhorší je to převlíkání a pořád prádlo. Teď to je malinko lepší, protože se udrží sedět, ale dřív to bylo opravdu hrozný. Ze začátku sem pod něj dávala staré ručníky a když byly hodně špinavý, tak sem je vyhodila.“

Pečující D: „Hrozný bylo, když začaly problémy se stolicí. Ze začátku to bylo pořád do plín a měla taky zácpu. Dala jsem jí jen poloviční počet kapek proti návodu a potom to začlo. Bylo to strašný. Jen jsem seděla a čekala a uklízela to, co z babičky šlo. To už nechci zažít. Taky ta psychika toho nemohoucího utmácí toho pečujícího.“

Pečující E: „Na velkou si ze začátku došla, ale ke konci toho dvouletýho období jsem přišla z nákupu a bylo to všude pomatláno a nevěděla to, to už byl ten závěr, téměř. Heleďte, to byla péče o matku, tak když bylo něco s tím WC, tak to k tomu patří, nad tím jsem ani nepřemýšlela, nevadilo mi to. Největší potíže mi dělalo to nevyspání. Ona měla potom převrácený režim. Nejhorší bylo, že já jsem se pak nevyspala. Ona jak přes den spala, tak v noci málo, během noci vstávala.“

11.1.10 Co je v péči snazší

Tato otázka zůstala téměř bez odpovědi. Pečujícím pomáhá, když je senior klidný a snaží se udržet čistotu.

Pečující A: „Naštěstí je většinou hodnej, když je najedenej. Odpoledne tátu dávám na bok a po svačině většinou usne. Můžu tátu nechat samotnýho třeba na dvě hodiny i když nespí, ale sem nervozní a moc se nikde nezdržuju. Vim, že mi nikam neuteče, ale nechci ho nechávat samotnýho.“

Pečující B: „Snazší je, když manželovi něco moc chutná a chce to, tak si dovede poradit. To ví, jak se lžicí, třeba když mají děti zmrzlinu a slyší to, tak volá, že chce taky.“

Pečující C: „Naštěstí je docela klidnej, že pořád nevolá. Nechce s náma moc komunikovat, když vidí, že něco dělám, tak je v klidu.“

Pečující D: „Jednou jsme ji se sestrou vzala každá pod paží a přetáhly na gramofon, takže seděla na záchodě. Pořád jsme u ní musely stát. To se jí zalíbilo, protože měla čisto v plínách. Naučily jsme ji chodit na tu velkou stranu.“

Pečující E: „Ona hodně prospala, to už sem měla vyzpozorovaný, že když jsem jí dala třeba snídani, věděla jsem bezpečně, že si lehne a bude dvě, dvě a půl hodiny spát. Tak jsem odběhla a přiběhla za půl, tři čtvrtě hodiny a tak jak jsem ji opustila, tak sem ji našla, ani se nepohnula. Pak ke konci už hodně spala.“

11.1.11 Současná finanční situace seniora a pečující osoby

Všichni senioři pobírají příspěvek na péči v nejvyšší možné částce. Hospodaří s ním pečující osoby, které ho využívají dle svého uvážení ve prospěch seniora. Všechny pečující osoby umí hospodařit a žádná si na finanční situaci nestěžuje.

Pečující A: „Táta má příspěvek na péči ten nejvyšší, dyť se ani nehne, jen občas rukama. Kdybych mu všechno neudělala, tak by umřel. Nejvíc utratím za věci kolem táty, ale nestěžuju si, máme dost. K paní doktorce chodím pro prášky i tátovi a předepisuje nám plíny. S tou to je dobrý.“

Pečující B: „Muž má příspěvek na péči, teda trvalo to dlouho, ale nakonec, jak se říká, sme to vyhráli. Já sem taková, že sem ráda, že bereme tohle. To už neměl nohy a brali sme tři tisíce. Třikrát to trvalo, než mu uznali ten nejvyšší. Všechno vyřizovala dcera, to když úřednice u nás ve městě viděly, že ten nejvyšší příspěvek v Praze zamítli, tak hned sami s dcerou napsaly odvolání. On má vlastně půl těla bezvládný a ještě je bez nohou a nejde z postele. My nejsme náročný, peníze nám vycházejí. Platíme oba hodně za léky, ale de to.“

Pečující C: „Hrozný je taky než obchodíte všechny úřady. Máme příspěvek na péči, ten nejvyšší, vychází nám. Muž má suchou kůži, tak kupuju gel na mytí, to máte dvě sta osmdesát korun, podložky jedna dest korun, menalind dvě stě korun, léky a platíme chodítka. Ale jo, vycházíme, jinak už toho moc nepotřebujeme.“

Pečující D: „Maminka má příspěvek na péči, ale ten nejvyšší má krátkou dobu. Po tomhleto, jak přišla z té nemocnice, tak jí dali těch dvanáct tisíc, protože bez péče druhého člověka by vlastně zemřela. Protože ona by neodešla z postele, nenapila by se, nenajedla, prostě nic. Když sme žádali o příspěvek na péči, tak to nebyl problém. Všechno teda trvalo, než se vyřídilo. Problém sme měli ještě před tímto vším, když sme babičku vozili k lékařům na kontroly a potřebovali sme zastavit co nejbližší ke vchodu, tedy na místech pro invalidy. Museli s ní jet dva, řidič a doprovod, který babičku vytáhl z auta a pomáhal jí o té holi pomaličku jít. Jenom jsme zastavili a už u nás byli policajti, že tam nemáme co dělat. Když jsme jim řekli, ať nám poradí, co máme dělat, když se babička

sotva šourá a nedojde daleko, tak nám řekli, že si máme pořídit kartu pro parkování invalidů. No, jenže na tu, jak nám na úradě řekli, nemáme nárok.“

Pečující E: „Příspěvek na péči jsme měly. S praktikem jsem vycházela dobře, vložky a pleny mně předepisoval bez problémů.“

11.1.12 Popište svůj běžný den

Pečující osoby mají téměř všechny dny stejné, zaplněné péčí o seniora. Činnosti se opakují s určitou pravidelností a jsou stereotypní.

Pečující A: „Chtěl, abych u něho seděla, jenže to nebylo možný pořád, mám strašný práce. Ráno vyleju moč, umeju ho a pak nakrmím. Sedím vedle postele a strkám mu do pusy jídlo, nejradši má sladký. Pít mu dávám tou velkou stříkačkou, má rád kakao, tak ho má ke snídani. Vařím mu urologické čaj kvůli hadičce, jinak mu dávám normální čaj a vodu. Při snídani mu dávám léky. Ty musím rozdrtit, jinak by je nespokl. Potom ho nechávám ležet na zádech a on usne. To jdu tady u nás nakoupit, jen něco málo. Pak vařím oběd, někdy už nevím co. Maso musím trochu přejet mixerem, protože nemá zuby. Všechno dělám hodně měkký, aby to sněd. Odpoledne tátu dávám na bok a po svačině usne. Uklízím a peru, toho prádla je pořád plno. Po večeri ho zase umeju a pustím mu televizi. Vydrží se koukat dokud neusne. Já se du kolem osmý umejt a dívat se do ložnice. Spím vedle, ale nechávám otevřené dveře, abych tátu slyšela.“

Pečující B: „Já vstanu, on taky. Někdy křičí, jestli někam jedu. Tak o půl osmý máme snídani, pak ho otru, všechno na posteli se dělá. Do sprchy ho nedostanu. Dřív se najed i těma třema prstama sám, aspoň chleba, teď ho krmím, úplně ztratil zájem. Já vyletím ven, máme zvířata, on si odpočine. Potom ho ob den oholím. Pak si pustí televizi, já uvařím. No a když je oběd, tak to ho krmím. Večeri mu dávám kolem šestý. To u něho sedím, podle toho, co je, aby jídlo nebylo všude. Já přes den uklidím, peru. Nejvíce je od něho z postele, potí se, tak mu často převlíkám.“

Pečující C: „Ráno v šest vstávám, udělám si čaj a kafe, udělám jemu čaj do termosky, připravím mu snídani, abych měla. Začnu výměnou pytlíku (pozn. autorky: sběrného sáčku na moč), vypustím moč, co je přes noc. Donesu mu snídani, vyčistí si zuby, ale musíte mu držet tu misku pod bradou. Pak ho umejt, převlíknout. Pak du vařit, v poledne oběd, zas ho umejt. Tak třikrát, čtyřikrát denně ho umejváte, převlíkáte. Přes tejdén ho umejvám na posteli, teď už je dobrý, že si sedne, tak mu dám nohy do latoru na zemi. A je večer, šest, sedum hodin, jen to fiklo. Tak sem si chvíli sedla, dala si kafe nebo čaj. Chodím spát v dest, půl jedenáctý. Naštěstí na mě přes den moc nevolá, že něco chce.“

Pečující D: „Tak, můj běžný den, když pečuju. Vstávám kolem sedmé a jdu se hned umýt a obléknout, abych byla připravená, až babička vstane. Když se vzbudí, pomůžu jí s hygienou a oblékáním, všechno jí musím připravit, sama by si nebyla schopna udělat nic. Snídáme kolem půl deváté. Poklidím a jdu vařit oběd. Babičku dám do křesla nebo když je venku hezky, tak do křesla ven. Obědváme společně, babičku dovedeme nebo dovezeme do kuchyně, aby byla ve společnosti. Odpoledne má svačinu a čte si, nejraději časopisy, ale ty naučné. Já peru nebo žehlím. Taky s babičkou procvičujem hlavu. Třeba jí řeknu, ať vysvětlí, jak se co vaří nebo aby zazpívala písničku. Po večeři ji sprchuju a ukládám do postele, ráda se dívá na televizi. Takto to vypadá, že je babička čilá, ale je třeba si uvědomit, že sama by ani nedokázala vstát z postele, natož si připravit jídlo nebo jen natočit vodu.“

Pečující E: „Snažila sem se dodržovat určitý režim. Vstávala sem do půl osmý, maminka tak kolem deváté, pak spala hodně. Maminčina hygiena a snídaně nám zabralo plno času, takže sem šla hned vařit oběd. Po obědě maminka usnula, tak sem se snažila uklízet nebo sem žehlila. Odpoledne jsme vyšly na malou procházku, spolu nám to šlo. Maminka sama jít nemohla, určitě by se ztratila. Po svačině usnula. Večeřely sme kolem šesté. Moc ráda čtu, tak sem si skoro každý večer chvilku četla.“

11.1.13 Co Vám v péči chybí a co by Vám pomohlo

Pečující osoby by nejvíce přivítaly pomoc při hygieně a znečištění svého blízkého. Vzhledem k tomu, že žádná nevyužívala pečovatelskou službu, byly i na tyto práce samy. O možnostech profesionální péče byly informovány. Některé péči nevyužívaly, protože zmíněné úkoly opravdu zvládaly, jedna seniorka cizího člověka odmítala a jedna šetřila.

Pečující A: „Všechno si dělám kolem táty sama, běžný mytí de. Dobrý by bylo, kdybych mohla někoho zavolat, když potřebuju tátu vytáhnout na postel nebo kdyby přišel na zavolání, když se pokálí. To tahání, s tím kdyby mi někdo pomáhal, to by bylo dobré.“

Pečující B: „Já sem tak přemejšlela, kdyby byla nějaká služba, že by ho jako odvezli, vykoukali a zase přivezli. Já ho tady do tý koupelny nedostanu, ve sprše se nehne. Teď má tady ten vývod (pozn. autorky: do v. subclavia pro dialýzu), tak se bojím, abych mu to nenamočila. Snad by mu ho na dialýze zalepily tak, aby ho mohli osprchovat, aby se odmočil celej.“

Pečující C: „Zatím pečuju dva roky a pomáhaj mně holky a zeťové, tak to de. Uvidim, až budu pečovat dlouho, jestli bych někam třeba na týden jela. Spíš bych ho dala někam do ústavu, než aby mi cizí člověk tady hospodařil nebo bych se domluvila

s dcerami, jestli by to tady zvládly s tátou. Teď je manžel odjetej na rehabilitaci, to mi pomohlo, že nemusím všechno honem. Tak asi časem ho někam na pár dnů dám, abych si odpočinula.“

Pečující D: „Pořád si myslím, že tady by mohli pomoci v nějakém rehabilitačním ústavu. Třeba, kdybychom tam s maminkou mohly být, abych já viděla co jí dávají jíst, kdy sní cvičej, jak s ní cvičej, jak ji podkládají, kolik toho má sníst, jak často se má dávat na ten záchod, jak ji mám postavit, jakým způsobem, jak dlouho tam má stát. Já sem si myslela, že bych se to naučila v nějakém tom rehabilitačním ústavu pro tyhle starý lidi. My bychom to nechtěly zadarmo, já bych si to klidně zaplatila, nebo tyhle lidi mají ty dávky, tak bych je na to dala. Byla bych tam s maminkou tejdén, čtrnáct dní. Já bych jim pomohla, alespoň bych se tu péči naučila.“

Pečující E: „Když teď vím, co péče obnáší, pečovala bych určitě o maminku znova. Akorát bych se domluvila líp s bratrem, aby mě vystřídal třeba jednou týdně na noc. Nebo třeba jednou za dva měsíce pár dní na odpočinek a vydechla si, tak by to bylo lepší. V tomhle bodě bych to řešila trochu jinak.“

11.1.14 Využití respitní péče

Umístění seniora na různě dlouhou dobu využily některé pečující osoby, důvody byly opravdu pádne.

Pečující A: „Byla sem na operaci s kolenem (pozn. autorky: TEP) a pak na rehabilitaci. Když sem byla pryč, tak byl manžel v eldéence celý tři měsíce. Ten jeho pobyt sme museli zaplatit. Byla sem domluvená se známou, že tam za ním chodila ob den a dávala mu nějakou dobrou svačinku. Vrátil se úplně ztuhlej, asi tam s ním necvičili. Dalo vám pak námahu ho zase trochu rozcvičit a taky ta práce s ním byla horší.“

Pečující B: „Zatím sem manžela nikam dávat nemusela. Nabízeli nám eldéenkua, ale manžel špatně snáší nemocnice. Během minulých dvou let sme měli pětkrát rodinnou sešlost. Chtěla sem ho dát na den na hlídání, jenže to musíte mít spoustu papírů, tak sem to vzdala. Nakonec sem požádala vás a mohla sem jet. Byla sem hrozně ráda, dyť já se nikam nehnu.“

Pečující C: „Jednou sem musela na vyšetření pod narkozou a zrovna jedna dcera byla služebně pryč a druhá byla v práci sama a nemohla hlídat. Tak sem si dohodla, že manžela odvezla služba do jednoho zařízení tady nedaleko a odpoledne zas přivezla. Dcera mě dovezla do nemocnice, letěla do práce a odpoledne zase mě vezla z nemocnice zpátky. No nebyl tam spokojenej, posadili ho tam do křesla a nevšímal si ho. Uvidím, až budu

pečovat dlouho, jestli bych někam třeba na týden jela. Spíš bych ho dala někam do ústavu než aby mi cizí člověk tady hospodařil. Ale musela bych na ten ústav slyšet chválu, aby tam muž vydržel.“

Pečující D: „Takhle jak ta péče je teď, to nám vyhovuje, ale být to tak, jako když přišla z té nemocnice, tak to bysme musely bejt už v blázinci. Kdybych byla na péči sama, tak bych asi babičku někam na nějakou dobu dala, pořád bych to nevydržela.“

Pečující E: „Snad přesně za dva roky od té doby, co nevěděla jak vařit, šla do toho penzionu. Do toho penzionu šla proto, že já sem věděla, že se tři měsíce nepostavím na nohu (pozn. autorky: TEP kolena). Říkala jsem jí, že až se uzdraví, bude to jako dřív. Ale pak se stalo, že někdy, i čtyři návštěvy za sebou, neotevřela oči, natož, aby se mnou komunikovala. Tam se její stav zhoršoval a tam taky zemřela.“

11.1.15 Co by doporučily nastávajícím pečujícím

Pečující osoby získaly při své náročné práci mnoho zkušeností a praktických dovedností a jsou oprávněny pomoci radou.

Pečující A: „Kdo chce pečovat o někoho, kdo je úplně nemohoucí, tak by si to měl pořádně rozmyslet a podívat se někde, co to je. Ať se připravěj na to, že to může trvat měsíc, ale i roky a ať si nechaj pomoc od rodiny. Budou si připadat jako uvázaný u boudy a to je strašně těžký vydržet, snad to je horší než ta práce.“

Pečující B: „Jestli si vezmete někoho domu, tak si připravte všechno, co ulehčí práci a hlavně, aby vám někdo moh pomoci. Zeptejte se dětí, jestli budou hlídat, kdybyste chtěla jet pryč nebo i pravidelně, abyste mohla vypadnout.“

Pečující C: „Aby si tu péči někde zkusili, aby věděli, co to je a aby jim někdo pomáhal.“

Pečující D: „Jestli si chcete vzít někoho do péče, tak bych hlavně řekla, že ta osoba na to nemůže bejt sama. Že bude muset mít někoho, kdo ji bude střídat, že si bude muset aspoň jednou za čas někam třeba na dvě hodiny odskočit.“

Pečující E: „Jinak bych to řešila s pomocí rodiny. Určitě bych řekla, aby si nechávali pomoc, třeba i od profesionálních služeb.“

11.1.16 Celkové hodnocení života při péči v porovnání s životem před péčí

Požádala jsem pečující osoby, aby zhodnotily svůj život během péče známkou jako ve škole. Předpokládala jsem, že známkování špatně dopadne a také dopadlo.

Pečující A: „Kus důchodu sme měli pěkněj, jezdili sme na zahrádku a byli sme i na rekreaci. Pak po tý mrtvici byl konec. Tak asi čtyřku. Nemůžu nic, jen dělat, žádněj život.“

Pečující B: „Čtyřku, chtěli sme si užít důchod a je to takhle. Když někdo říká, že by někam jel, tak říkám, jeďte, dokud můžete, protože, když se pak něco stane, tak už nemůžete. Představovali sme si všechno jinak (pozn. autorky: rozplakala se).“

Pečující C: „Teď bych dala životu čtyřku. Protože ste opravdu uvázaná doma. Ještě, že máme zahradu, že můžu jít ven. Je to strašná psychická zátěž, protože víte, že to je do smrti. Muž se strašně stydí, že je na vozečku, že se podělavá a že má hadičku. Vyvezla bych ho třeba po vesnici, ale nechce, úplně se zasek. (pozn. autorky: rozplakala se)“

Pečující D: „Trojku. Péče, i když se naštěstí střídáme, mě hodně omezuje. Mám radost z vnoučat.“

Pečující E: „Asi trojku. Pečovala jsem o maminku ráda, s láskou. Všechno má svý ale, tady to je nemožnost mít vlastní život.“

11.1.17 Spolupráce s praktickým lékařem

Tento aspekt výzkumné otázky vyplynul při analýze rozhovorů. Zkušenosti některých pečujících osob s neetickým chováním praktických lékařů jsou tak neuvěřitelné, že je chci, se zachováním anonymity, zveřejnit.

Pečující A: „K pani doktorce chodim pro prášky i tátovi a předepisuje nám plíny, s tou to je dobrý. Taky dovolila, abyste s tátou cvičila, líp se mi s ním pak dělá, není jak úplný prkno.“

Pečující B: „Byla se na manžela podívat jen jednou (pozn. autorky: praktická lékařka), asi dva měsíce po přebrání ordinace. To sem ho umyla, oholila, převlíkla postel, když čekal návštěvu. Pani doktorka přišla, řekla, že vypadá dobře a rehabilitaci zkrouhla na jednou tejdne. Ať s ním cvičim sama, jenomže mě tak neposlechne, jako vás a taky už na to nemám sílu. Dcera za ní šla do ordinace a požádala ji, jestli by nenechala cvičení třikrát, jak bylo, že táta má víc síly a pomůže mně při přesouvání v posteli a na vozejk. Pani doktorka jí řekla, že takovej lidem častěj rehabilitaci nanapíše, přitom pani doktorka před ní ji psala třikrát tejdne od tý mrtvice. Zajímalo by mě, jestli by to ta doktorka řekla tátovi do očí, jako, že když je takovej mrzák, tak nemá cenu do něho strkat peníze jen proto, aby se mi s ním líp hejbal a nebyla sem tak sedřená a aby měl víc síly.“

Pečující C: „Nejhorší spolupráce byla s praktikem, když sem tam šla pro prášky, tak sem tam musela čekat. Sestra mi řekla, že mě chce pan doktor vidět i když du pro

prášky manželovi, kterej je nemohoucí. Zeptal se, co chci napsat a ani se nezeptal na manžela, jak mu je. Přešli sme k jinýmu doktorovi, kterej chápe, že muž je doma sám a já spěchám zpátky. Byl ho i navštívit.“

Pečující D: „S praktickým lékařem jsme velmi spokojeni, jezdí za maminkou každý dva měsíce. Předepisuje léky, předepisuje hygienický potřeby, v podstatě to, co může, předepíše. Kdykoliv by maminka potřebovala, tak by přijel. Předtím byla maminka u jiného lékaře, se kterým byla spolupráce, když maminka k němu už nedošla, špatná. Nebyl ochoten přijet na návštěvu, hygienických potřeb předepisoval málo a pro léky jsem musela každéj měsíc, protože mi psal jen jedno balení. Bylo to časově strašně náročný a v čekárně sem musela čekat i tři hodiny, bylo to hrozný.“

Pečující E: „S praktikem jsem vycházela dobře, vložky a pleny mně předepisoval bez problémů. Na návštěvu nebylo třeba aby přišel. Nebydlel od nás daleko, měla jsem domluveno a když sem potřebovala, tak sem se u něho stavila.“

11.2 Shrnutí

Pečující osoby se ve svých vyprávěních o péči o nesoběstačného seniora v mnoha aspektech shodují, liší se jen v menší míře.

11.2.1 V čem se pečující osoby zahrnuté do mého výzkumu shodují

Pečující osoby se zcela shodují v těchto hlediscích péče o nesoběstačného seniora:

1. rozhodly se pro péči bez rozmýšlení, na základě citových vazeb se seniorem
2. nemají k dispozici zcela kompletní informace o možnostech sociální podpory státu, sociální opoře zdravotníků, pečovatelských a ošetrovatelských službách, možnostech respitní a institucionalizované péče, zcela chybí kompletní profesionální edukace s možností praktického nácviku péče o seniora
3. za nejtěžší považují zajištění bezvadné hygieny seniora, zvláště po jeho znečištění stolicí
4. izolovanost pečující osoby
5. současná finanční situace seniora a pečující osoby je dobrá, umí řádně hospodařit a nevyžadují žádné mimořádné věci
6. mají chronické vertebrogenní potíže
7. v hodnocení života při péči v porovnání s životem před péčí: všechny pečující osoby se shodly na velkém snížení kvality současného života, dvě ohodnotily

současný život známkou 3 - ADL seniorek je třicet a čtyřicet, tři ohodnotily
současný život známkou 4 - ADL seniorů je 0 - 15

11.2.2 V čem se pečující osoby zahrnuté do mého výzkumu shodují částečně

Pečující osoby se částečně shodují v těchto hlediscích péče o nesoběstačného seniora:

1. zlepšení zdravotního stavu vnímá jedna pečující osoba, která se během péče podrobila totální endoprotéze kolenního kloubu, přestože se shoduje s ostatními pečujícími osobami na chronických vertebrogenních obtížích
2. pomoc úzké rodiny využívají čtyři pečující osoby z pěti, pečující osoba E ji využívala málo. V rozhovoru uvedla, že by do péče mělo být zapojeno více lidí a že by v tomto bodě situaci řešila jinak
3. tři považují za nejtěžší, vedle výše uvedených činností, ještě manipulaci se seniorem
4. za snazší v péči uvádějí tři pečující osoby, je-li senior klidný a dvě, snaží-li se také senior; společným jmenovatelem však je vstřícnost seniora
5. za chybějící pomoc označují dvě pečující osoby pomoc s hygienou, jedna s manipulací a jedna s obojím - za zdroj považuje edukaci, dvě uvádí jako chybějící pomoc využití respitní péče
6. úpravy v bytě provedly čtyři pečující osoby, jedna sdílela se seniorkou střídavě svůj a její byt, zařadila jsem ji do této skupiny, protože se musely obě přizpůsobovat změně prostředí
7. v doporučení budoucím pečujícím osobám čtyři zdůrazňují zajistit si pomoc druhé osoby, dvě přidávají zkusit si péči a jedna, která pečuje pět let, rozmyslet se
8. v délce péče: všechny pečující osoby jsou shodně již zkušenými pečovatelkami, liší se však v délce péče - dvě pečují dva roky, jedna tři roky, jedna čtyři roky a jedna pečuje pět let
9. v počátcích péče: dvě pečující osoby začaly o svého seniora pečovat pozvolna, tři náhle

10. v zachování svých zájmů: čtyři pečující osoby se shodují, že na své zájmy již nemají čas ani sílu, jedné pečující osobě se podařilo své zájmy uhájít, protože se v péči střídá se sestrou
11. ve využití respitní péče: služeb respitní péče během pečování o seniora využily tři pečující osoby, přičemž jedna seniorka zde zemřela, dvě pečující osoby instituci nevyužily - jedna se střídá se sestrou a jedné jsem pomohla s hlídáním seniora já (v době velkých rodinných setkání)
12. spokojenost s praktickým lékařem: dvě pečující osoby jsou se spoluprací praktického lékaře spokojeny od začátku péče a neměnily ho, tři pečující osoby praktického lékaře seniorovi změnily, jedna z důvodu úmrtí lékařky, se kterou byla spokojena, se současnou není, dvě pečující osoby byly s praktickým lékařem, po ztrátě soběstačnosti seniora, nespokojeny pro jeho nezájem o seniora a lékaře změnily

11.2.3 V čem se pečující osoby zahrnuté do mého výzkumu neshodují

Oblast péče o nesoběstačného seniora, ve které by se pečující osoby zcela neshodly, není.

12 VÝVOJ PÉČE O SENIORA

Na základě získaných informací z analyzovaných rozhovorů jsem vypracovala přehled vývoje péče o seniora s vysokým stupněm závislosti. Ten pomůže přiblížit život a práci pečujících osob a porovnat výsledky vzájemně i se závěry obsaženými v odborné literatuře. První sloupec tabulky obsahuje jednotlivé položky obecně, které budou dále u každého seniora konkretizovány.

Tabulka č. 9: Vývoj péče o seniora v čase

	A:	B:	C:	D:	E:
onemocnění	opakované CMP	CMP DM chronická renální insuficience amputace obou DK	CMP	CMP	Alzheimerova choroba
rozhodování o péči	ano, bez rozmýšlení	ano, bez rozmýšlení	ano, bez rozmýšlení	ano, bez rozmýšlení	ano, bez rozmýšlení
získání informací	neúplné informace	po částech	neúplné informace	po částech	po částech
začátek péče	náhlý	pozvolný	náhlý	pozvolný	náhlý
délka péče	5 let	4 roky	2 roky	3 roky	2 roky
jak vidí péči dnes	nikdy nekončící, ubíjející, izolovanost	nekonečná práce, izolovanost	práce 24 hodin, izolovanost	nastavení péče vyhovuje	izolovanost
co jim chybí	pomoc při hygieně a zvedání	pomoc při hygieně	využít instituci	důkladná edukace	pomoc rodiny
co by poradily před začátkem péče	informovat se pomoc od druhé osoby rozmyslet se	pomoc od druhé osoby	poznat péči	poznat péči	zajistit si pomoc

13 VYHODNOCENÍ ASPEKTŮ VÝZKUMNÝCH OTÁZEK

Odpovědi na aspekty výzkumných otázek konkrétně ukazují život pečujících osob a v závěru vyhodnocují změnu kvality života před začátkem péče a v současnosti. Výsledný přehled uvedený v tabulkách mi potvrzuje předpoklady, k nimž jsem dospěla na základě svých odborných zkušeností.

13.1 Zdravotní stav seniora před začátkem péče a nyní

Tabulka č. 10: Zdravotní stav seniora před začátkem péče a nyní

zlepšení	2
zhoršení	2
stejný	1

Zdravotní stav se zlepšil u seniora pečujících C a D - z původně zcela imobilních se po intenzivní a pečlivé ošetrovatelské rehabilitaci stali senioři schopní se posadit a s pomocí postavit. Přestože všichni senioři mají či měli péči výbornou, došlo u seniora pečujícího B ke zhoršení stavu v důsledku ztráty svalové hmoty a síly. Tento senior vnímá, že není schopen pečující osobě usnadnit práci a má pocit ještě větší závislosti, což vedlo ke zhoršení jeho psychického stavu. K dalšímu zhoršení, předpokládanému, došlo u seniorky pečující osoby E v důsledku Alzheimerovy choroby. Zdravotní stav seniora pečující osoby A zůstal beze změn, přestože v době nemoci pečující osoby došlo k jeho zhoršení. Důslednou ošetrovatelskou rehabilitací se seniorův zdravotní stav vrátil do počátečního stavu.

13.2 Zdravotní stav pečující osoby před začátkem péče a nyní

Tabulka č. 11: Zdravotní stav pečující osoby před začátkem péče a nyní

Zlepšení	1
Zhoršení	4

Ke zlepšení zdravotního stavu došlo u jedné pečující osoby - A, která podstoupila totální endoprotézu kolenního kloubu a její výsledek byl dobrý. Ke zhoršení zdravotního

stavu došlo u čtyř pečujících osob: B, C, D a E. Všechny uvádějí chronické vertebrogenní obtíže. U pečující osoby B byl v době péče navíc diagnostikován diabetes mellitus a u pečující osoby C snížení imunity s následným výskytem vyrážky, pečující osobě D se vertebrogenní potíže zhoršily výrazným způsobem a vyžadovaly injekční terapii, pečující osoba E měla narušený spánkový rytmus a v jeho důsledku trpěla zvýšenou únavou.

13.3 Počátek péče

Tabulka č. 12: Počátek péče

Pozvolný	2
Náhlý	3

Pozvolný nástup péče probíhal u pečujících osob B a D, u jejichž seniora v důsledku první mozkové příhody došlo k mírnému snížení ADL. V důsledku další ataky CMP nebo přidružením chorob se ADL snížilo na hodnotu uvedenou v tabulce č. 8. S náhlým začátkem péče se musely vyrovnat pečující osoby A, C, E. Na rozhodnutí, zda pečovat, a na uzpůsobení domácnosti měly pouze dobu, kdy byl jejich blízký hospitalizován.

13.4 Rozhodování o péči

Tabulka č. 13: Rozhodování o péči

rozhodnutí ano bez rozmýšlení	5
rozhodnutí ano po rozmýšlení	0

Všechny pečující osoby se rozhodly pro péči o svého nesoběstačného seniora hned, aniž by zvažovaly jinou variantu.

13.5 Informace o sociální podpoře státu, opoře zdravotníků, teoretické i praktické edukaci pečujících osob o poskytování péče - získání veškerých informací uceleně

Tabulka č. 14: Informace o sociální podpoře státu, opoře zdravotníků, teoretické i praktické edukaci pečujících osob o poskytování péče - získání veškerých informací uceleně

získala jsem kompletní informace	0
nezískala jsem kompletní informace	5

Úplné informace o sociálních nárocích, pomůckách, profesionálních službách a praktických dovednostech nezískala žádná z pečujících osob. Nejkompletnější informace dostala pečující osoba C od sociální pracovnice geriatrického oddělení. Chyběly jí však informace ošetřovatelského spektra a řádné praktické ukázky, některé postupy péče odporovala od sester. Pečující osoba A získala praktické dovednosti s pomocí své vnučky, zdravotní sestry.

13.6 Pomoc úzké rodiny

Tabulka č. 15: Pomoc úzké rodiny

využívá pravidelně	4
využívá nepravidelně	1

Pravidelně využívají pomoc rodiny čtyři pečující osoby. Tři na nákupy A, B, C a dvě ještě na koupání seniora - A a C. Nejvhodnější je pomoc pečující osoby D, která se v péči střídá se sestrou. Pečující osoba E využívala péči svého bratra pro matku nepravidelně. Jen pětkrát za rok na několik hodin.

13.7 Úpravy v bytě

Tabulka č. 16: Úpravy v bytě

úpravy provedlo	4
úpravy neprovedlo	1

Stavební úpravy provedla pečující osoba D - koupelny, pečující osoby A a C přestěhovaly nábytek, aby uvolnily místo pro polohovací lůžko, pečující osoba B se přestěhovala s manželem na venkov, kde mají bezbariérový dům a pečující osoba E úpravy v bytě neprováděla, ale musela s matkou zůstat delší dobu v jednom bytě (každá měla svůj).

13.8 Zájmy před péčí a nyní

Tabulka č. 17: Zájmy před péčí a nyní

zachované zájmy	1
nezachované zájmy	4

Pečující osoba D si udržela své zájmy i během péče, protože péči o matku vždy přebírá jedna ze sester. Svých zájmů se vzdaly pečující osoby A, B, C i E. Pečující osoba E nebyla schopna se věnovat své oblíbené četbě, protože pro chronické nevyspání hned nad knihou usnula.

13.9 Co považujete v péči za nejtěžší

zajištění bezvadné hygieny	5
manipulaci se seniorem	3
izolovanost	3

Tabulka č. 18: Co považujete v péči za nejtěžší

Pro všechny pečující osoby je velmi náročné udržet seniora v čistotě. Jako nejnáročnější vidí mytí seniora po stolici, někdy i několikrát denně. Pečující osoby A, B a C označily za náročnou manipulaci s opečovávaným, jejichž ADL je jednou 0 a dvakrát 15 bodů. Pro psychiku všech pečujících osob je velmi těžké čelit pocitu izolovanosti.

13.10 Co je v péči snazší

Tabulka č. 19: Co je v péči snazší

pomáhá, když je senior klidný	3
pomáhá, když se senior sám snaží	2

Je-li klidný senior, pomáhá to třem pečujícím osobám A, C, a E. Pečující osoby B a D ocení, když se senior sám snaží (B - najíst se sám, D - udržet čistou plenu, řekne si na WC).

13.11 Současná finanční situace seniora a pečující osoby

Tabulka č. 20: Současná finanční situace seniora a pečující osoby

spokojeni	5
nespokojeni	0

Žádná z pečujících osob si nestěžovala, že by se jim nedostávalo peněz na živobytí. Do rodinného rozpočtu zasahují výdaje na léky a spotřební pomůcky. Tyto pečující osoby mají nastavený žebříček hodnot jinak, než většina populace. Vědí, že peníze jsou potřeba, ale zdraví svých blízkých si jimi nekoupí.

13.12 Co Vám v péči chybí a co by Vám pomohlo

Tabulka č. 21: Co Vám v péči chybí a co by Vám pomohlo

pomoc s hygienou	2
pomoc s manipulací	1
důkladná edukace	1
respitní péče	2

Pomoc s hygienou by využily pečující osoby A při opakovaném mytí seniora po pokálení, B pro celkovou koupel seniora, s manipulací A, edukaci D a respitní péči C a E.

13.13 Využití respitní péče

Tabulka č. 22: Využití respitní péče

respitní péči využily	3
respitní péči nevyužily	2

Respitní péči využily pečující osoby A - po dobu tří měsíců, kdy byla pečující osoba na TEP kolenního kloubu, E - původní plánovaná doba respitní péče seniorky, do uzdravení pečující osoby, nebyla dodržena, neboť stav seniorky se natolik zhoršil, že zemřela. C - využila jednodenní stacionář ze zdravotních důvodů, manžel zde byl velmi nespokojený. Repitní péči nevyužily pečující osoby B - péči zajistila v domácím prostředí a D, která se dohodne se sestrou.

13.14 Doporučení budoucím pečujícím

Tabulka č. 23: Doporučení budoucím pečujícím

pomoc druhé osoby	4
zkusit si péči	2
rozmyslet se	1

Jako nejdůležitější uvádějí pečující osoby A, B, D a E zajistit si pomoc druhé osoby. Pečující osoby A a C doporučují seznámit se s obsahem péče a potom se rozhodnout. Pečující osoba A nabádá k rozmyšlení, protože péče může trvat i mnoho let a omezení z ní vyplývající jsou velká.

13.15 Spokojenost s praktickým lékařem

Tabulka č. 24: Spokojenost s praktickým lékařem

spokojeni	2
nespokojeni	3

Nespokojeni s praktickým lékařem jsou nebo byly pečující osoby B - lékařka omezila seniorovi ošetrovatelskou rehabilitaci a nepřipustně se o něm vyjadřovala, C - nezáměr o seniora a neochota, D - nezáměr o seniora a neochota. Spokojeny s praktickým lékařem byly pečující osoby A a E - lékaři měli přehled o možnostech

preskripce pomůcek a využívali jich, také byli ochotni, v případě potřeby, navštívit seniora doma.

13.16 Celkové hodnocení života při péči v porovnání s životem před péčí

Tabulka č. 25: Celkové hodnocení života při péči v porovnání s životem před péčí

hodnocení známkou 1	0
hodnocení známkou 2	0
hodnocení známkou 3	2
hodnocení známkou 4	3
hodnocení známkou 5	0

Trojkou ohodnotily svůj život při pečování pečující osoby D a E, jejichž seniorky vykazují též vysoký stupeň závislosti - 40 a 30. Pečující osoba D si zachovala alespoň jednu ze svých zálib - sborový zpěv a stýkání se s přáteli. Pečující osoba E nevnímá změnu tak významně, neboť ze zdravotních důvodů měla omezený společenský život již dříve. Čtyřkou ohodnotily život při péči pečující osoby A, B a C, které vnímají omezení vyplývající z pečování velmi výrazně. Za nejtěžší uvádějí všechny izolovanost.

14 DISKUZE

V diskuzi porovnávám, v čem se můj výzkum shoduje s údaji v odborné literatuře a v čem se liší.

14.1 Výsledky porovnání mého výzkumu s odbornou literaturou

Zjištěná data jsem porovnávala s odbornou literaturou a zpracovala do tabulek.

14.1.1 Pečujícími osobami jsou převážně ženy

Tabulka č. 26: Pečujícími osobami jsou převážně ženy

můj výzkum	ano
literatura	ano

(Dudová, 2015; Votoček, 2009; Bužgová, 2014)

Výsledky mého výzkumu i v literatuře se shodují.

14.1.2 Pečující převážně manželky

Tabulka č. 27: Pečující převážně manželky

můj výzkum	ano
literatura	ne

(Votoček, 2009)

V odborné literatuře se uvádí, že nejčastějšími pečujícími osobami jsou děti seniorů, které navíc zvládají chodit do zaměstnání. Odůvodnění jsem shledala následující: z literatury jsem získala poznatek, že nejvíce je poskytována péče podpůrná a dílčí. Tyto dva typy péče nevyžadují společné bydlení se seniorem, lze ji zajistit docházením do domácnosti. Pokud je senior již vysoce, někdy i středně závislý, tak pečujícími osobami jsou převážně ženy v důchodu (dcery, manželky) nebo dcery na mateřské dovolené.

14.1.3 Rozhodování pro péči - na základě citových vazeb k seniorovi, emocí a dobrých vztahů

Tabulka č. 28: Rozhodování pro péči - na základě citových vazeb k seniorovi, emocí a dobrých vztahů

můj výzkum	ano
literatura	ano

(Jeřábek, 2013)

Výsledky se shodují, rozhodne-li se osoba pro péči, tak s rozhodováním neváhá, ať to je na základě citové vazby nebo dobrých vztahů.

14.1.4 Počátek péče - častěji se vyskytuje pozvolný počátek péče

Tabulka č. 29: Počátek péče - častěji se vyskytuje pozvolný počátek péče

můj výzkum	ne
literatura	ano

(Jeřábek, 2013)

Z prezentace tohoto výsledku platí, že získaná data lze těžko zobecňovat a nemusí se shodovat s výsledky kvantitativních výzkumů. Z literatury i osobních zkušeností (ne profesionálních) vyplývá, že péče většinou nastává pozvolna. U zkoumaných pečujících osob jejich senioři ve třech případech utrpěli náhlou cévní mozkovou příhodu, a tím péče nastala náhle.

14.1.5 Informace o sociální podpoře státu, opoře zdravotníků, teoretické i praktické edukaci pečujících osob o poskytování péče - získání veškerých informací uceleně

Tabulka č. 30: Informace o sociální podpoře státu, opoře zdravotníků, teoretické i praktické edukaci pečujících osob o poskytování péče - získání veškerých informací uceleně

můj výzkum	ne
------------	----

literatura	ne
------------	----

(Bužgová, 2010; Kurucová, 2016; Dudová, 2015)

Shodné výsledky nejsou překvapením. Nejistila jsem žádnou organizaci či instituci, která by poskytovala uceleně veškeré potřebné a nárokovatelné informace. Pro pečující osoby tohoto výzkumu by informace získané najednou, ještě před propuštěním seniora do domácího ošetřování, byly velkou pomocí a časovou úsporou. Informací je velké množství, proto by bylo třeba je poskytovat při osobním kontaktu s pečujícími osobami a zároveň je předat v písemné formě. Nikde, ani v odborné literatuře, jsem se nesetkala s konkrétní nabízenou možností praktického nácviku péče o seniory a provádění dostatečné edukace péče. Našla jsem pouze vypsání instrukce, co by měl pečující umět - časopis Sestra 11/2009 Rodinná péče o nesoběstačného seniora.

14.1.6 Technické úpravy v domácnostech - spočívají v menších úpravách, např. odstranění prahů, připevnění madel na WC, až po velké přestavby koupelen, WC či nájezdů do domu

Tabulka č. 31: Technické úpravy v domácnostech

můj výzkum	ano
literatura	ano

(Jeřábek, 2013)

Seniorům lehce závislým postačují menší úpravy, v domácnostech se seniory s nízkým ADL jsou potřebné úpravy větší.

14.1.7 Co považujete v péči za nejtěžší

Tabulka č. 32: Co považujete v péči za nejtěžší

	můj výzkum	literatura
provádění hygieny	ano	ano
manipulace se seniorem	ano	ano
malá pomoc rodiny	ne	ne
izolovanost	ano	ano

(Jeřábek, 2013; Kurucová, 2016)

Tento výsledek je odrazem náročnosti péče o nesoběstačného seniora. Na izolovanost si stěžovaly všechny pečující osoby. V ostatních otázkách je také většinová shoda, ale již ne všechny považovaly jednotlivé aspekty za nejtěžší. Pomoc rodiny pečující osoby vnímají jako dostatečnou, většinou ji využívají k obstarání nákupů, úradů. Někteří ji využívají i při hygieně seniora, většinou při sprchování.

14.1.8 Současná finanční situace seniora a pečující osoby - jsou s ní spokojeni

Tabulka č. 33: Současná finanční situace seniora a pečující osoby - jsou s ní spokojeni

můj výzkum	ano
literatura	ne

Pečující osoby z mého výzkumu si na finanční situaci nestěžují. Dle výsledků z odborné literatury není se svou finanční situací spokojena většina respondentů. Rozdíl je dán pravděpodobně tím, že pečující osoby z mého výzkumu jsou skromné.

(Bužgová, 2014; Jeřábek, 2013; Votoček, 2009)

14.1.9 Délka péče

Tabulka č. 34: Délka péče

můj výzkum	2-5 let
literatura	nejčastěji 1-8 let

(Votoček, 2009; Kurucová, 2016; Broučková, 2004)

Pečující osoby mého výzkumu se starají nebo se staraly nejméně dva roky. Nejdéle pečuje žena o manžela s ADL 0 celých pět let. Odborná literatura udává dobu péče mezi 1 - 8 lety, nejčastěji však 1 - 3 roky.

14.1.10 Doporučení pro budoucí pečovatele

Tabulka č. 35: Doporučení pro budoucí pečovatele

můj výzkum	zajistit si pomoc druhé osoby, seznámit se s péčí, počítat s tím, že
------------	--

	péče může trvat i několik let
literatura	zajistit si pomoc druhé osoby

(Dudová, 2015; Bužgová, 2010)

Pomoc druhé osoby, nejčastěji rodinných příslušníků, je nejrozšířenějším doporučením všech pečujících osob ke zvládnutí náročné práce.

14.1.11 Věk pečujících osob o nesoběstačného seniora

Tabulka č. 36: Věk pečujících osob o nesoběstačného seniora

můj výzkum	60 - 69 let, 1x 80
Literatura	nejvíce 50 - 60, jen o málo méně 60 - 70 let

(Votoček, 2009; Bužgová, 2014; Dudová, 2015)

V odborné literatuře se uvádí, že nejčastěji jsou pečujícími osobami děti seniora, proto pečující osoby, které nejsou v důchodu, odešly z důvodu péče ze zaměstnání. Výsledky mého výzkumu opět potvrzují, že data kvalitativního výzkumu se nemusí shodovat s výzkumy kvantitativními. V tomto aspektu se však přibližují, protože pečujících osob ve věku 60 - 70 let je jen o málo méně než těch o dekádu mladších.

14.1.12 Celkové hodnocení života před péčí a při ní - klasifikováno známkou jako ve škole

Tabulka č. 37: Celkové hodnocení života před péčí a při ní - klasifikováno známkou jako ve škole

můj výzkum	3, 4
literatura	2, 3

(Votoček, 2009; Bužgová, 2010)

Pečující osoby z mého výzkumu zhodnotily spokojenost se svým životem hůře, než udávají kvantitativní výzkumy. Data malého kvalitativního výzkumu často neodrážejí většinové výsledky.

14.2 Shrnutí rozdílů a shodných výsledků mého výzkumu s odbornou literaturou

Závěrem diskuze shrnuji rozdíly a shodné údaje ve výše uvedených výsledcích. Ve svém kvalitativním výzkumu jsem pracovala s malým počtem zkoumaných osob - s pěti pečujícími osobami a jejich nesoběstačnými seniory. Kvantitativní výzkumy využívají velké množství respondentů, i několik desítek, proto se výsledky v některých kritériích **neshodují**:

1. Pečujícími osobami jsou převážně manželky - v mém výzkumu jsou pečujícími osobami ve třech případech manželky a ve dvou dcery, všechny jsou v době poskytování osobní péče seniorovi již v penzi.
2. Počátek péče je převážně pozvolný - tento údaj uvádí odborná literatura. V mém výzkumu se častěji vyskytl počátek péče náhlý, protože u dvou seniorů došlo k náhlé cévní mozkové příhodě a u jedné seniorky k náhlé ztrátě paměti při Alzheimerově chorobě.
3. Spokojenost se současnou finanční situací - odborná literatura uvádí, že pečující osoby jsou se svou finanční situací nespokojeny. Pečující osoby mého výzkumu si na finanční situaci nestěžují, příčinou je jejich skromnost. Shodují se v tom, že jim peníze stačí na pokrytí potřeb seniora, zaplacení výdajů na domácnost a jídlo a že vlastně nic mimořádného nepotřebují.
4. Délka péče se liší - kvantitativní výzkumy většinou pracují s pečujícími osobami poskytujícími již podpůrnou péči, čímž se doba do ukončení péče prodlužuje. V mém výzkumu je doba péče 2 - 5 let, neboť poskytovaná péče je již osobní a ta má kratší trvání, protože zdravotní stav těchto seniorů je těžší.
5. Věk pečujících osob pečujících o nesoběstačného seniora - odborná literatura uvádí nejčastěji věkové rozpětí 50 - 60 let. Tento výsledek vyplývá z údajů, že nejčastěji jsou pečujícími osobami děti seniorů.
6. Spokojenost se životem, klasifikováno známkami jako ve škole - pečující osoby mého výzkumu jsou se životem méně spokojeny (o jeden klasifikační stupeň), než uvádí kvantitativní výzkumy. Tento rozdíl opět přičítám tomu, že kvantitativních výzkumů se účastní velká řada respondentů, jejichž péče začíná již na úrovni podpůrné péče, která poskytuje pečujícím osobám více volného času.

Výsledky se v některých kritériích **shodují**:

- pečujícími osobami jsou převážně ženy

- pečující osoby se rozhodly pro péči bez rozmýšlení, chce-li někdo pečovat, potom tuto povinnost vnímá jako samozřejmost
- není dostatek ucelených informací
- úpravy v bytě, i menší, musela provést většina domácností s nesoběstačným seniorem
- za nejtěžší všichni považují hygienu, vyprazdňování a manipulaci se seniorem, malou pomoc rodiny, izolovanost
- před začátkem péče si zajistit pomoc úzké rodiny.

14.3 Navržené intervence

Po zpracování, vyhodnocení a porovnání všech získaných dat se jako možnost pomoci pečujícím osobám naskýtá vytvoření obsáhlého a uceleného edukačního materiálu, ve kterém by pečující osoby našly všechny informace, které by jim usnadnily péči. Edukační materiál bych rozdělila do dvou částí. První část by obsahovala veškeré informace, jejichž platnost je účinná po celé České republice a druhá část by informovala o potřebných kritériích platných v konkrétním městě a jeho okolí. Jako nerealizovatelná se ukázala možnost edukace praktické části péče o nesoběstačné seniory ve smyslu několikadenního pobytu seniora a pečující osoby v zařízení, kde by se potřebné úkony naučila a získala odpovědi na konkrétní otázky.

A. Informace pro seniory a pečující osoby platné v celé České republice: starobní důchod, příspěvek na péči, příspěvek na bydlení, preskripce zdravotních pomůcek praktickým lékařem, preskripce polohovacích lůžek, možnosti respitní a institucionální péče obecně, postup při úmrtí seniora, kontakty na tísňové linky integrovaného záchranného systému - hasičů, policie, rychlé záchranné služby a městské policie.

B. Informace pro seniory a pečující osoby platné v příslušném městě, obci o poskytování těchto služeb: pečovatelských službách městských i soukromých, agenturách domácí zdravotní péče, rozvozech obědů, odlehčovacích službách, domovech důchodců, poskytování dávek v hmotné nouzi pečujícím osobám, jejichž senior je hospitalizován a ony ztrácejí nárok na využití příspěvku na péči, přehled o ordinacích odborných lékařů, praktických lékařů, prodejně a půjčovně kompenzačních a zdravotnických pomůcek, sídle a úřední době příslušných úřadů, pohřebních službách, přepravní zdravotní službě, službě městské policie - tzv. tlačítko v nouzi, službách

kadeřnic a pedikérek, které docházejí do domácnosti. Informace o poskytovaných službách by byly úplné, obsahovaly by rozsah péče, adresy, telefonní čísla, internetové stránky.

Vzhledem k tomu, že není žádná možnost několikadenního pobytu seniora a pečující osoby v zařízení, kde by probíhala kompletní teoretická i praktická edukace pečující osoby o způsobu péče, tak další navrhovanou službou by byla edukační činnost. Zdravotní sestra agentury domácí péče by po několik dnů prováděla komplexní ošetrovatelskou péči k uspokojování základních lidských potřeb seniora v jeho domácím prostředí. Jednalo by se o návštěvy po celou pracovní dobu a pečující osoba by si společně se sestrou nacvičila péči o seniora. Sestra by také mohla zodpovědět řadu dotazů, které z péče vyplývají. Pro tuto činnost není v agenturách domácí péče prostor a pečovatelské služby většinou nezaměstnávají zdravotní sestry, proto by nemohly jejich pracovnice zodpovědět odborné otázky. Z mého výzkumu je patrné, že pečující osoby „odkoukávaly“ péči v nemocnicích. Při pobytu seniora doma zdravotní sestry agentury domácí péče učily pečující osoby úkonům, které nezvládly a zodpovídaly řadu otázek týkajících se např. vhodného stravování, řešení poruch při vyprazdňování, preskripce zdravotních pomůcek, prováděly praktické ukázky péče o seniora.

Všechny informace by byly shromážděny a zpracovány v elektronické podobě a sestra agentury domácí péče by vybrala pro konkrétního nesoběstačného seniora a jeho pečující osobu příslušná data.

ZÁVĚR

Tématem bakalářské práce je „Kvalita života osob pečujících o nesoběstačné seniory“. Hlavním zkoumaným subjektem je pečující osoba poskytující nesoběstačnému seniorovi péči, která zajišťuje uspokojování jeho základních biologických potřeb; její život, práce a problémy.

Práce začíná vymezením pojmů vztahujících se k danému tématu, definuje stárnutí, stáří a změny, které toto období provázejí. Zabývá se kvalitou života obecně i užším pojmem - kvalitou života seniorů a kvalitou života související se zdravím. Práce pečujících osob vychází z uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb nesoběstačných seniorů. Je doprovázena řadou problémů, především v počátcích péče. Práce také informuje o časté příčině nesoběstačnosti - cévní mozkové příhodě a Alzheimerově chorobě.

Ke zjišťování kvality života pečujících osob jsem zvolila kvalitativní přístup, který je při zjišťování kvality života pečujících osob méně častý. Je velmi náročný na čas, podrobnou znalost prostředí, ve kterém probíhá a především na spolupráci a důvěře pečující osoby a nesoběstačného seniora s badatelem. Použila jsem pozorování, vyprávění a polostrukturovaný rozhovor. Zkoumala jsem pět pečujících osob, jak zvládají svou práci o nesoběstačného seniora, jak tato práce ovlivňuje jejich život a co by jim práci ulehčilo.

Cílem je zodpovězení výzkumných otázek a nalezení řešení problémů. Výzkumné otázky jsou tyto:

1. Zjistit, jak vnímají, prožívají a hodnotí svoji kvalitu života osoby, jež pečují o nesoběstačného seniora v období od jeho mozkové příhody či Alzheimerovy choroby až do současnosti.
2. Zjistit, které obtíže považují pečující osoby za nejzávažnější a navrhnout postupy, které by jim péči usnadnily.

Získaná data jsem podrobila obsahové analýze a výsledky pečujících osob jsem porovnávala mezi sebou a následně jsem je posoudila s odbornou literaturou.

Pečující osoby se zcela shodují v těchto aspektech výzkumných otázek: byly rozhodnuty hned pro péči, nejsou k dispozici zcela úplné informace o všech nárocích a možnostech péče, chybí edukace a možnost praktického nácviku, za nejtěžší považují udržení seniora v čistotě a izolovanost od sociálních kontaktů, všechny jsou spokojeny s finanční situací svou a seniora, trpí chronickými vertebrogenními obtížemi, shodují se také na snížení kvality současného života.

Částečně se shodují v těchto aspektech výzkumných otázek - jedna pečující osoba uvádí zlepšení zdravotního stavu během péče, pravidelnou pomoc úzké rodiny využívají čtyři, pro tři je navíc nejtěžší ještě manipulace se seniorem, za ulehčení práce považují tři, je-li senior klidný, dvě, snaží-li se, dvě by uvítaly pomoc při hygieně během dne, když se senior znečistí stolicí, úpravy v bytě provedly ve čtyřech domácnostech, čtyři pečující osoby by doporučily budoucím pečujícím, aby si zajistili pomoc, dvě, aby si zkusili péči a jedna, aby se důkladně rozmysleli, neboť na sebe berou závazek i na několik let. Délka péče se pohybuje mezi dvěma až pěti lety, počátek péče byl u dvou seniorů pozvolný a u třech náhlý, koníčky si při péči zachovala jen jedna pečující osoba, respitní péči využily tři pečující osoby - vždy z vážných důvodů, spokojeny s péčí praktického lékaře také nejsou všechny pečující osoby.

Není žádná oblast, ve které by se pečující osoby se svými názory nebo zkušenostmi zcela lišily.

S odbornou literaturou se můj výzkum shoduje v těchto kritériích - pečujícími osobami jsou převážně ženy, rozhodly se pro péči bez váhání, mají nedostatek ucelených informací a chybí jim možnost praktického nácviku péče o seniora, prováděly úpravy v bytě, za nejtěžší v péči považují zajištění hygieny seniora a doporučují zajistit si pomoc rodiny.

Řešení řady nedostatků v pomoci pečujícím osobám vidím ve vytvoření obsáhlého a úplného edukačního materiálu a možnosti několikadenního praktického nácviku péče o seniora. Možností by byla i flexibilní služba, která by dokázala na telefonickou výzvu přijet do domácnosti a pomoci pečující osobě s hygienou a manipulací znečištěného seniora a zároveň by se mu věnovala, aby si mohla pečující osoba odpočinout nebo na dohodnutý čas odejít. Tato služba by byla hrazená pečující osobou.

Pečující osoby mého výzkumu poskytují obětavě a vzorně osobní péči nesoběstačným seniorům, čímž zvyšují kvalitu života těchto seniorů na úkor své kvality života.

ABSTRAKT

Autor:	Iveta Stratilová
Instituce:	Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové Oddělení ošetrovatelství
Název práce:	Kvalita života osob pečujících o nesoběstačné seniory
Vedoucí práce:	Prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc.
Počet stran:	147
Počet příloh:	5
Rok obhajoby:	2016
Klíčová slova:	senior, pečující osoba, CMP, stáří a stárnutí, nesoběstačnost, poskytovaná péče

Bakalářská práce v teoretické části zjišťuje kvalitu života osob pečujících o nesoběstačného seniora. Definuje pojmy, které se k dané problematice vztahují - senior, stáří, pečující osoba, nesoběstačnost, biologické, psychické a sociální potřeby seniora, cévní mozková příhoda. Zaměřuje se na problémy pečujících osob, které tuto péči doprovázejí.

V empirické části autorka studovala životní problémy pěti žen, které pečují 2-5 let o nesoběstačné seniory. Ve výzkumu byl využit kvalitativní přístup – nestandardizované pozorování, vyprávění a polostrukturovaný rozhovor. Získaná data byla porovnána vzájemně a s odbornou literaturou. Na základě výsledků autorka navrhla možné intervence, které by mohly pečujícím osobám usnadnit péči o nesoběstačného seniora.

ABSTRACT

Name and surname

of the author: Iveta Stratilová

Institution: Charles University in Prague,
Faculty of Medicine in Hradec Králové,
Institute of Social Medicine,
Department of Nursing

Title: The Quality of Life of Carers Providing Elder Care
to Non Self-Sufficient Pensioners

Supervisor: Prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc.

Number of pages: 147

Number of

attachments: 5

Year of defense: 2016

Key words: senior, carer, stroke, old age and aging, non self-sufficiency,
provided care

In the theoretical part, this bachelor thesis ascertains quality of life of carers providing elder care to non self-sufficient pensioners. There are defined terms relating to the issue in question, i.e. senior, old age, caring person, non self-sufficiency, biological, psychological and social needs of a senior, stroke. The issues of caring people accompanying elder care are examined in detail.

In the empirical part, the author studied life issues of five women providing elder care to non self-sufficient pensioners for the period of 2 to 5 years. The qualitative approach was used in this work - not standardized observation, narration and semi-structured interview. Acquired data were compared with each other and with scientific literature. Based on the results, the author purposes possible interventions that could facilitate care to carers when providing elder care to a non self-sufficient pensioner.

LITERATURA

BUŽGOVÁ, R. Dotazníky pro hodnocení potřeb pacientů a rodinných příslušníků v paliativní péči. Manuál pro uživatele české verze dotazníku pro hodnocení potřeb pacientů (PNAP) a rodinných příslušníků (FIN). Ostravská univerzita v Ostravě, 2014c. 31 s. ISBN 978-80-7464-678-2.

BUŽGOVÁ, R. Identifikace potřeb rodinných příslušníků v domácí paliativní péči. *Sociální práce / Sociálna práca*, 2010, č. 2, s. 91-95. ISSN 1213-6204.

DOUGLAS, A. Quality of Life in Hospice Versus Non - Hospice Terminally Ill Adults. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 2007, sv. 9, č. 4, s. 182-183. ISSN 1530-0705.

DUDOVÁ, Radka. *Postarat se ve stáří: rodina a zajištění péče o seniory*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON) v koedici se Sociologickým ústavem AV ČR, v.v.i., 2015. Sociologické aktuality. 199 s. ISBN 978-80-7419-182-4.

DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada, 2012. 112 s. ISBN 978-80-247-4138-3.

FINCH, J. - Groves, D. (eds.). *A labour of love: women, work and caring*. London: Routledge and Paul Kegan, 1983. s. 13-30. ISBN 978-0710095046.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Sociální gerontologie, aneb, Senioři mezi námi*. Praha: Galén, 2012. 194 s. ISBN 978-80-7262-900-8.

HERDMAN, T. Heather (ed.). *Ošetrovatelské diagnózy: definice & klasifikace : 2012-2014 = Nursing diagnoses : definitions and classification : 2012-2014*. Praha: Grada, 2013. 550 s. ISBN 978-80-247-4328-8.

JEŘÁBEK, Hynek. *Mezigenerační solidarita v péči o seniory*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2013. Studie (Sociologické nakladatelství). 316 s. ISBN 978-80-7419-117-6.

KALVACH, Zdeněk. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada, 2008. 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.

KALVACH, Zdeněk et al. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004. 861 s. ISBN 80-247-0548-6.

KLEVETOVÁ, Dana a Irena DLABALOVÁ. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada, 2008. Sestra. s. 31-34. ISBN 978-80-247-2169-9.

KOMENSKÝ, Jan Amos. *Orbis sensualium pictus: svět v obrazech : jubilejní přetisk prvního vydání z roku 1658*. Praha: Strnad, 1942. Růžový palouček. 329 s.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. Psyché. 198 s. ISBN 80-247-0179-0.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie: možnosti, které čekají*. Praha: Grada, 2011. Psyché (Grada). 141 s. ISBN 978-80-247-3604-4.

KURUCOVÁ, Radka. *Zátěž pečovatele: posuzování, diagnostika, intervence a prevence v péči o nevléčitelně nemocné*. Praha: Grada Publishing, 2016. Sestra (Grada). 112 s. ISBN 978-80-247-5707-0.

MAREŠ, Jiří. *Kvalita života u dětí a dospívajících*. Brno: MSD, 2006. 228 s. ISBN 80-86633-65-9.

MAREŠ, Jiří. Problémy se zjišťováním kvality života seniorů. In: *Praktický lékař*. Praha: Česká lékařská společnost J. E. Purkyně, 2014. 94(1), s. 24. ISSN 0032-6739.

MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2003. 287 s. ISBN 80-7178-549-0.

MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. Brno: MU, 2004, 203 s. ISBN: 80-210-3345-2.

PICHAUD, Clément a Isabelle THAREAU. *Soužití se staršími lidmi: praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky*. Přeložil Abigail KOZLÍKOVÁ. Praha: Portál, 1998. Sociální práce. 156 s. ISBN 80-7178-184-3.

Praktický lékař. Praha: Česká lékařská společnost J. E. Purkyně, 2005. 85(11), s. 656-660. ISSN 0032-6739.

ŘEHULKOVÁ, Oliva a Evžen ŘEHULKA. *Kvalita života v souvislostech zdraví a nemoci*. Brno: MSD, 2008. 162 s. ISBN 978-80-7392-073-9.

STUART-HAMILTON, Ian. *Psychologie stárnutí*. Praha: Portál, 1999. 319 s. ISBN 80-7178-274-2.

TOŠNEROVÁ, Tamara. *Pocity a potřeby pečujících o starší rodinné příslušníky: průvodce pro zdravotníky a profesionální pečovatele*. Praha: Ambulance pro poruchy paměti, 2001. 62 s. ISBN 80-238-8001-2.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2002. 444 s. ISBN 80-7178-678-0.

WEBER, Pavel. *Inkontinence stolice ve stáří*. In: *Medicína pro praxi*. Olomouc: Solen, s.r.o., 2005. č. 4. s. 143-146. ISSN 1214-8687.

ZAVÁZALOVÁ, Helena. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. Praha: Karolinum, 2001. 97 s. ISBN 80-246-0326-8.

Žiaková, K. a kol. *Ošetrovatel'ský slovník*. Martin: Osveta, 2009. 218 s. ISBN 978-80-8063-315-8.

INTERNETOVÉ ZDROJE

Jeřábek, Hynek: Rodinná péče o seniory jako „práce z lásky“: nové argumenty. In: Sociologický časopis / Czech Sociological Review 45 (2009), 2, [cit. 11.07.2016]. s. 243–265. Dostupné z: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0168-ssoar-68510>.

Kvalitativní rozhovory - polostrukturované a nestrukturované [online], poslední aktualizace 12. října 2012 [cit. 10. 9. 2016], Wikipedie. Dostupné z: http://wiki.knihovna.cz/index.php?title=Kvalitativn%C3%AD_rozhovory_%E2%80%93_polostrukturovan%C3%A9_a_nestrukturovan%C3%A9.

ÚZIS ČR. *Výběrové šetření o zdravotním stavu české populace 2002. HIS CR 2002*. [online] Praha, 2003. [cit. 13.6.2016]. S. 90. Dostupné na: <http://www.uzis.cz/katalog/mimoradne-publikace/vyberove-setreni-zdravotnim-stavu-ceske-populace-ehis-cr-drive-his-cr>.

VOTOČEK, Jiří. *Kvalita života a sociální opora rodinných příslušníků pečujících o nesoběstačné seniory*. Brno, 2009. Diplomová práce. Masarykova univerzita. Lékařská fakulta. Katedra ošetřovatelství. [cit. 11.07.2016]. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/101121/lf_m/VOTOCEK__J._Kvalita_zivota_a_socialni_opora_pecuji_cich__DP_.pdf

Výzkum prezentován H. Jeřábkem na konferenci „Hodnoty a normy v pozdně moderní společnosti“ 22. října 2015. [cit. 11.07.2016]. Dostupné z: https://www.ksoc.upol.cz/fileadmin/ksa/konference-sociologie-2015/Jerabek_Hynek.ppt.

WHO QUALITY OF LIFE ASSESSMENT GROUP. What quality of life? *World Health Forum* [online]. 1996. [cit. 13.6.2016]. č. 4, str. 354-356. Dostupné z: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/54358/1/WHF_1996_17\(4\)_p354-356.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/54358/1/WHF_1996_17(4)_p354-356.pdf).

Zimmermannová, Zdeňka. *Podmínky a předpoklady životní spokojenosti u seniorů žijících v domovech pro seniory* [online]. Brno: Masarykova univerzita, 2010. [cit. 13.6.2016]. Dostupné z: https://is.muni.cz/auth/th/273641/fss_b/Zdenka_Zimmermannova.pdf.

Zúčastněné pozorování [online], poslední aktualizace 12. října 2012 [cit. 10. 9. 2016],

Wikipedie. Dostupné z:

http://wiki.knihovna.cz/index.php?title=Z%C3%BA%C4%8Dastn%C4%9Bn%C3%A9_pozorov%C3%A1n%C3%AD.

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
ADL	Activites of Daily Living
IADL	Index of Independence in Activites of Daily Living
AADL	Advanced Activity of Daily Living
WHOQOL	World Health Organization Quality of Life
WHO	World Health Organisation
HRQL	Health-Related Quality of Life
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky
SF 12, SF 36	Short Form-12, Short Form-36
CMP	cévní mozková příhoda
SIS 2.0	Stroke Impact Scale Version 2.0
QOLLTI-F	Quality of Life in Life Threatening Illness-Family
FIN	Family Inventory of Needs
DM	Diabetes mellitus
ICHs	Ischemická choroba srdeční
HDL	High-density Lipoproteins
PEG	Perkutánní endoskopická gastrostomie
PMK	Permanentní močový katetr
ČR	Česká republika
UK	Univerzita Karlova
FAM CARE	Family care
EUROHIS-QOL	European Health Interview Survey-Quality of Life

SEZNAM TABULEK

- Tabulka č. 1: Fyziologické stárnutí srdce a oběhového ústrojí
- Tabulka č. 2: Domény a aspekty kvality života dle WHOQOL - OLD
- Tabulka č. 3: Česká verze dotazníku FIN
- Tabulka č. 4: Maslowova pyramida potřeb
- Tabulka č. 5: Barthelův test základních, všedních potřeb
- Tabulka č. 6: Test instrumentálních denních činností – IADL
- Tabulka č. 7: Ošetřovatelské diagnózy v taxonomii NANDA
- Tabulka č. 8: Zkoumané osoby
- Tabulka č. 9: Vývoj péče o seniora v čase
- Tabulka č. 10: Zdravotní stav seniora před začátkem péče a nyní
- Tabulka č. 11: Zdravotní stav pečující osoby před začátkem péče a nyní
- Tabulka č. 12: Počátek péče
- Tabulka č. 13: Rozhodování o péči
- Tabulka č. 14: Informace o sociální podpoře státu, opoře zdravotníků, teoretické i praktické edukaci pečujících osob o poskytování péče - získání veškerých informací uceleně
- Tabulka č. 15: Pomoc úzké rodiny
- Tabulka č. 16: Úpravy v bytě
- Tabulka č. 17: Zájmy před péčí a nyní
- Tabulka č. 18: Co považujete v péči za nejtěžší
- Tabulka č. 19: Co je v péči snazší
- Tabulka č. 20: Současná finanční situace seniora a pečující osoby
- Tabulka č. 21: Co Vám v péči chybí a co by Vám pomohlo
- Tabulka č. 22: Využití institucionální péče
- Tabulka č. 23: Doporučení budoucím pečujícím
- Tabulka č. 24: Spokojenost s praktickým lékařem
- Tabulka č. 25: Celkové hodnocení života při péči v porovnání s životem před péčí
- Tabulka č. 26: Pečujícími osobami jsou převážně ženy
- Tabulka č. 27: Pečující převážně manželky
- Tabulka č. 28: Rozhodování pro péči - na základě citových vazeb k seniorovi, emocí a dobrých vztahů
- Tabulka č. 29: Počátek péče - častěji se vyskytuje pozvolný počátek péče

- Tabulka č. 30: Informace o sociální podpoře státu, opoře zdravotníků, teoretické i praktické edukaci pečujících osob o poskytování péče - získání veškerých informací uceleně
- Tabulka č. 31: Technické úpravy v domácnostech
- Tabulka č. 32: Co považujete v péči za nejtěžší
- Tabulka č. 33: Současná finanční situace seniora a pečující osoby - jsou s ní spokojeni
- Tabulka č. 34: Délka péče
- Tabulka č. 35: Doporučení pro budoucí pečovatele
- Tabulka č. 36: Věk pečujících osob o nesoběstačného seniora
- Tabulka č. 37: Celkové hodnocení života před péčí a při ní - klasifikováno známkou jako ve škole

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1: Bengtsonův model mezigenerační solidarity

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 - Rozhovor s pečující A

Příloha č. 2 - Rozhovor s pečující B

Příloha č. 3 - Rozhovor s pečující C

Příloha č. 4 - Rozhovor s pečující D

Příloha č. 5 - Rozhovor s pečující E

PŘÍLOHY

Příloha č. 1:

O manžela se starám pět roků, od jeho osmdesáti let. Někdy si myslím, že to už nevydržím, ale to víte, sme spolu šedesát roků, to se pak špatně někam odkládá, svědomí by mi nedalo spát. Jako kdybych nemohla, tak asi jo, ale když, až na tu operaci a lázně, můžu, tak to ne. Ted', když to tak říkám, tak sem o tom vlastně ani nepřemejšlela, je potřeba se starat, tak sem se starám. Než dostal manžel tu hroznou mrtvici, tak bral prášky na tlak. Pani doktorka ho každěj měsíc měřila a pak mu napsala recept. Než se mu to stalo, tak dělal všechno. Dyť i tu mrtvici měl na zahrádce, po tý už zůstal ležet. Ještě měl asi rok před tím slabší mrtvičku, ale z toho se dostal. Při tý druhý nes sousedům vajíčka a najednou sem ho viděla, jak se chytá branky a kácí se k zemi. Vůbec se nehejbal, začala sem křičet o pomoc. Sousedi přilítli a hned zavolali sanitu. Ten jeden mě dovez hned do nemocnice a eště zavolal klukovi. Čekali sme na neurologii, co nám řeknou. Pan doktor pak přišel a řek nám, že táta měl těžkou mrtvici a že se uvidí. Chodila sem za ním každěj den, trvalo to snad tejden, než začal trochu vnímat, ale nic něřek a ani se nehejbal. Za tři neděle ho převezli do eldéenky, tady do tý, kousek od baráku. Zase sem za nim chodila každěj den, pani doktorka mi řekla, že už bude pořád ležet. Když sem tam přišla na jídlo, tak sem ho nakrmila, taky sem mu nosila pribináčky, ty mu vždycky chutnaly. Sám se ani nenapil, koukala sem, jak mu sestřičky dávaj napít stříkačkou, tak sem se to naučila. Pani doktorka nám řekla, že máme hledat nějakej domov důchodců, kam ho dáme. Nešlo to, neměla sem to srdce ho někam dát. Děti mi říkaly, ať si to rozmyslim, ale já neměla co. Slíbili sme si až do smrti. V eldéence mi dali číslo na vaši domácí péči, kvůli rehabilitaci a hadičce. Eště, než šel muž domu sem tam zavolala, abych věděla co a jak. Přijela vaše vedoucí a všechno mi řekla a napsala, co budeme potřebovat. Tak sem měla všechno připravený - postel na posouvání, plíny, podložky, sáčky k hadičce a věci na mytí. Taky velkou stříkačku na pití. Vnučka je taky sestřička, tak mi s dědou zezačátku pomáhala. Když ho přivezli, tak tu se mnou tejden byla, abysme viděly, jak to pude. Nejdřív ho myla ona, pak sem se to naučila já. Nejhorší je ho otáčet, eště, že není těžkej a velkej. To mu vadilo vždycky, nemohla sem nosit podpatky, protože bych byla větší než on. Zvládám všechno, ale od tý doby mě bolejí záda. Když ho chci vytahnout nahoru, tak si musím stoupnout tady na tu tyč, chytit ho pod paží a vytahnout. To musím několikrát denně, protože, když ho krmím, tak ho zvednu pod záda a on trochu sjede dolu. Dřina je ho

otáčet několikrát při mytí a nakonec ho vytahnout nahoru. Když jde na záchod jednou za den, tak to de, ale když to je po troškách i pětkrát za den, tak to už sem nemůžu. Furt ho mejt a mazat, je to těžký. Bojím se, aby neměl proleženinu, tak s ho několikrát za den ještě votáčím na bok. Vždycky mu za záda dávám takový starý klínový podhlavníky a polštář. Nohy má pořád přitažené k sobě, musím silou mezi ně nacpat polštáře. Dyt' víte, chodíte sem tátu cvičit, jinak by byl jak prkno. Jediný, co může, tak trochu hejbe rukama. Někdy se se mnou pere, to když se nechce oblíkat, zasekne se a nehne rukama. Má sílu, drží je u těla a já s nim nehnu. Měním mu jen kabátek od pyžama, ale to někdy i několikrát za den, když mi vyprskne jídlo. To ho někdy necham a musím si jít vedle sednout na gauč a brečím. Naštěstí je většinou hodnej, když je najedenej. Někdy ale volá, teda houká. Chce, abych u něho seděla, jenže to není možný pořád, mám strašný práce.

Popište mi svůj všední den

Ráno vyleju moč, umeju ho, a pak nakrmím. Sedím vedle postele a strkam mu do pusy jídlo, nejradši má sladký, třeba koláč nebo koblížek. Pít mu dávám tou velkou stříkačkou, má rád kakao, tak ho má ke snídani. Vařím mu urologickéj čaj kvůli hadičce, ji mu dávám normální čaj a vodu. Při snídani mu dávám léky. Ty musím rozdrtit, jinak by je nespolk. Potom ho nechám ležet na zádech a on usne. To jdu tady u nás nakoupit. jen něco málo, na velkéj nákup jezdím dopravou nebo se synem. Pak vařím oběd, někdy už nevím co. Maso musím trochu přejet mixerem, protože nemá zuby. Všechno dělám hodně měkký, aby to sněd. Odpoledne tátu dávám na bok a po svačině často usne. To jezdím jednou tejdne na nákup do města. Syn by mi nakoupil, ale já chci mezi lidi a podívat se po krámě. Můžu tátu nechat samotnýho třeba na dvě hodiny i když nespí. Ale sem nervozní a moc se nikde nezdržuju. Uklizím a peru, toho prádla je pořád plno. Po večeri ho zase dole umeju a pustím mu televizi. Vydží se koukat dokud neusne. Já se du kolem osmý umejt a dívat se do ložnice. Spím vedle, ale nechávám otevřený dveře, abych tátu slyšela. Někdy spí dobře, ale někdy hučí půlku noci a to je druhej den se mnou hrozný, Když se nevyspím, tak pak dělám jen to co musí bejt a sem hrozně unavená.

Ale to víte, musí se na poštu a k doktorovi. Já se nalítám po doktorech dost. Byla sem na operaci s kolenem a pak na rehabilitaci. Taky před tou operací sem musela hodně k doktorovi, to mě vozil syn nebo byl u táty, abych byla v klidu. Když sem byla pryč, tak byl manžel v eldéence, celý tři měsíce. Ten jeho pobyt sme museli zaplatit. Byla sem domluvená se známou, že tam za ním chodila ob den a dávala mu nějakou dobrou svačinku. Vrátil se úplně ztuhlej, asi tam s ním necvičili. Dalo vám pak námahu ho zase

trochu rozcvičit a taky ta práce s ním byla horší. Pani doktorka dovolila, abyste s tátou cvičila, líp se sním pak dělá, není jak úplný prkno.

Dělali jste nějaké úpravy v bytě?

Naštěstí sme předělali koupelnu rok před tím, než manžel ulehnu. Máme sprchovej kout, dost velkej, tak si k němu vlezu a meju ho. Z obejváku sme dali pryč gauč a jedno křeslo a místo toho je postel.“

Jaké jste měli zaměstnání před důchodem?

Manžel pracoval jako dělník a já byla v kanceláři. Manžel sem přišel za prací a oba sme dělali celej život v jedný fabrice. V důchodu sme byli často na zahrádce, někdy sme tam i spali. Před operací sem na ní pracovala já, ale teď už to nemůžu dělat, tak syn shání prodej. Na zahrádku sem jezdila dopravou a pak zase zpátky. Táta odpoledne vydrží sám, pospává, musím vypadnout, jinak bych se asi zbláznila. Než jdu ven, tak si musím připravit, co chci vzít, protože bydlíme ve třetím patře bez výtahu a mně trvá dobu, než vylezu nahoru. Někdy nejdu ven vůbec, někdy musím jít i třikrát.

Všechnu práci kolem táty dělám sama, syn se zetěm přijedou jednou za tejden a donesou mi tátu do koupelny, posadí na židli a já si k němu vlezu do sprchy a umyju ho. Celou dobu ho musej přidržovat, jinak by sjel dolu. Dcera mezi tím převlíkne postel. Nakonec ho syn oholí a ostříhá mu nehty. Úplně sama bych s tátou asi nemohla bejt, to bych ho do tý koupelny nedostala nebo bych ho myla jen na posteli. Meju ho kolem hadičky každej den, bojím se, aby neměl zase infekci nebo aby se mu neucpala moc brzo. Vy mu ji měníte každej měsíc, eště, že vám můžu zavolat, když se mu ucpe dřív.

Manžela bych si vzala domu i teď, když vím, co to je za dřinu a vězení. Úplně sem přestala chodit ven, dřív sem jezdila do města nebo se scházela s kamarádkama. Každěj první čtvrtek v měsíci se scházíme se ženskýma odpoledne v zasedačce na úradě. Já tam du tak na hodinu a zase spěchám domu, aspoň to. Skoro všechny kamarádky sou vdovy a můžou si dělat co chtěj. Některý jezděj každej rok do lázní, já sem uvázaná doma. Těch pět let je už strašně těžkejch, ale mám čistý svědomí a snad k tomu ten nahoře jednou přihlídně. To děláte, ani nepřemejšlíte, že by to mohlo bejt jinak. Vy ste mi tátu hlídala, když sem byla vnučce na svatbě, neumím si představit, že by k nám přišel někdo úplně cizí na hlídání, koho bych vůbec neznala.

Jaký byl váš zdravotní stav před péčí?

Zdravotní stav se mi během pečování zhoršil. Bolej mě záda z toho, jak tátu tahám a obracím, no a to koleno, to mi vodešlo úplně až sem skončila na operaci dřív než sem

chtěla. Taky sem někdy nervově zničená a brečím, myslím si, že se nezvednu z postele. Jo, ta psychika mi dává zabrat. Pani doktorka mi napsala prášky na nervy, tak si ho někdy vezmu. K pani doktorce chodím pro prášky i tátovi a předepisuje nám plíny, s tou to je dobrý. Příspěvek na péči má táta ten nejvyšší, dyť se ani nehne a kdybych mu všechno neudělala, tak by umřel.

Jak hodnotíte svůj život před péčí a nyní?

Kus důchodu sme měli pěkněj, jezdili sme na zahrádku a byli sme i na rekreaci. Pak po tý mrtvici byl konec. Tak asi čtyřku. Nemůžu nic, jen dělat, žádněj život.

Co byste poradila nastávajícím pečujícím?

Co bych poradila těm, kdo chtěj o někoho pečovat? Ať se připravěj na to, že to může trvat měsíc ale i roky a ať si nechaj pomoc od rodiny. Budou si připadat, jak uvázaný u boudy a to je strašně těžký vydržet, snad to je horší než ta práce.

Příloha č. 2:

Manžel před tím, než onemocněl pracoval jako dělník, nejdřív v podniku, potom u soukromníka a já byla celý život v kuchyni. No, on se léčil, teda před tím, než měl mrtvici na tlak a měl cukrovku. Po té mrtvici nemohl tejdenn vůbec vstát, byl v nemocnici a ochrnutý na levou stranu. My sme tam za ním chodily denně, střídaly sme se. Tam sme ho posazovaly, pak nám dali chodítka, tak sme ho postavily a pomalu rozchodily. Nejdřív nám řekli, že nebude vůbec chodit a ať ho dáme do ústavu s následnou péčí. To sme ještě bydleli v bytě, kluci ho vytáhli nahoru. Doma chodil v chodítka a potom s holema. Jezdila k nám sestřička a cvičila a chodila s ním. Nakonec chodil s hůlkou. Levou ruku má ale od té mrtvice ochrnutou. Já sem chodila ještě do práce, ale dcera byla na mateřský, tak tam každé den do tří byla. To si sám došel na záchod. Naučil se se setřičkou chodit po schodech a chodili spolu i venku. Cukrovku měl furt vyšší, dostal plno léků. Pak mu začaly odcházet ledviny a začaly sme jezdit na nefrologii a pak i na dialýzu. Když mu udělali poprvé tu kanylu, poprvé tady na pravý ruce a to začaly nejdřív černat prsty u pravý ruky, takže mu tydle dva vzaly (pozn. autorky 2. a 3.) a když mu kanylu předělali tady (pozn. autorky ukazuje k vena subclavia), tak se mu udělaly černý tečky na nohách, prstech. Nejdřív mu amputovali pravou a potom mu začala levá noha. Tu mu nakonec taky amputovali natřikrát, takže během půl roku přišel o nohy.

Když nám řekli, že mu budou amputovat nohy, tak sem si řekla, že se nedá nic dělat a zůstala sem s ním doma. Musela jsem odejít z práce. Nabízeli, že nám ho dají do léčebny, ale to sme, podle té pověsti, nechťely. Tam by nebyl dlouho, on by to psychicky neunes. On nemocnici strašně špatně snášel, furt chtěl jít domů. Nenapadlo mě, že bych se o něj nestarala. Měly sme štěstí na to, že než ho pustili domů, tak sme měly už postel a to všechno nachystaný. Vozejk, ten už měl. Na jipce nám sestřička řekla, kde postel seženeme. My máme to ministerstvo vnitra (zdravotní pojišťovnu), tam byli vstřícný a schválili nám to rychle, hradí i vozejk. Nenapadlo by mě, že bych se o něj nestarala, bylo to jasné.

Jaká je spolupráce s praktickou lékařkou?

S paní doktorkou obvodní kvůli plínám problém nemáme. Ta první manželovi schvalovala i rehabilitaci třikrát tejdenně, tahleta ji zkrouhla na jednou. Byla se na manžela podívat jen jednou (pozn. autorky: praktická lékařka), asi dva měsíce po přebrání ordinace. To sem ho umyla, oholila, převlíkla postel, když čekal návštěvu. Paní doktorka přišla, řekla, že vypadá dobře a rehabilitaci zkrouhla na jednou tejdenně. Ať s ním cvičim sama,

jenomže mě tak neposlechne, jako vás a taky už na to nemám sílu. Dcera za ní šla do ordinace a požádala ji, jestli by nenechala cvičení třikrát, jak bylo, že táta má víc síly a pomůže mně při přesouvání v posteli a na vozejk. Pani doktorka jí řekla, že takovej lidem častěj rehabilitaci nenapíše, přitom pani doktorka před ní ji psala třikrát tejdne od tý mrtvice. Zajímalo by mě, jestli by to ta doktorka řekla tátovi do očí, jako, že když je takovej mrzák, tak nemá cenu do něho strkat peníze jen proto, aby se mi s ním líp hejbal a nebyla sem tak sedřená a aby měl víc síly

Jak vypadá váš den?

Já vstanu, on taky. Někdy křičí, jestli někam jedu. Tak o půl osmý máme snídani, pak ho otru, všechno na posteli se dělá. Do sprchy ho nedostanu. Dřív se najed i těma třema prstama sám, aspoň chleba, teď ho krmím, úplně ztratil zájem. Já vyletim ven, máme zvířata, on si odpočine. Potom ho ob den oholim. Pak si pustí televizi, já uvařim. No a když je oběd, tak to ho krmím. Večeři mu dávám kolem šestý. To u něho sedím, podle toho, co je, aby jídlo nebylo všude. Když má něco, co mu chutná, tak si dovede poradit. To ví, jak se lžící, třeba když maj děti zmrzlinu a slyší to, tak volá, že chce taky. Já přes den uklidim, peru. Nejvíc je od něho z postele, potí se, tak mu často převlíkám.

Jak zvládá manžel vyprazdňování?

Vyprazdňování je někdy těžký, hlavně po tý dialýze, někdy ani neví, že mu něco uteklo. Jinak si zavolá a já mu dám mísu. Dřív plíny neměl, teď už má celej den, protože sem měla každou chvíli špinavou postel. Nejtěžší pro něho bylo, naučit se chodit na mísu a říct si, že potřebuje. No a nečurá.

S příspěvkem na péči jste problémy neměli?

Já sem kvůli péči zůstala doma z práce, teď už jsem v důchodu. Muž má příspěvek na péči, teda trvalo to dlouho, ale nakonec, jak se říká, jsme to vyhráli. Já sem taková, že sem ráda, že bereme tohle. To už neměl nohy a brali sme ty tři tisíce. Třikrát to trvalo, než mu uznali ten nejvyšší. Všechno vyřizovala dcera, to když úřednice tady ve městě viděly, že ten nejvyšší příspěvek v Praze zamítly, tak hned sami s dcerou napsaly odvolání. On má vlastně půl těla bezvládný a ještě bez nohou a nejde z postele. . My nejsme náročný, peníze nám vycházejí. Platíme oba hodně za léky, ale de to.

Prováděli jste stavební úpravy v bytě?

Po tý mrtvici sme se museli přestěhovat na vesnici, aby to měl manžel jednodušší a teď, když je takhle a jezdí na dialýzu, tak bysme ani v patře bez výtahu nemohli bejt. Natrvalo sme tady čtyři roky. Jedna dcera bydlí tady v baráku a druhá jezdí každej tejdne

aspoň jednou. Ty sourozenci jeho, sem jezděj a já mám nedaleko dvě sestry a ty přijdou často. Máme velkou rodinu, táta je z devíti dětí, já ze šesti, některý už umřely. Bydlej od Ústí až ke Košicím, tak se stavěj třeba jen jednou za rok

Změnil se váš zdravotní stav během péče?

Celkově se moje zdraví zhoršilo, já sem pacient lajdák, spíš koukám po tátovi, aby všechno měl a vodbydu se. To sem byla celej život takle, aby měly hlavně holky a táta. K doktorovi jedu až když sem bez prášku, i když to můžu tak jeden den, jinak mně vyskočí tlak a cejtím to na sobě. Ted' poslední dobou se mi zdá, že sem taková unavená, to si myslím, že to je cukrovkou, furt se mi chce spát. Taky já v noci někdy nemůžu spát, koukám na televizi a du spát třeba v jednu hodinu. A když jede na dialýzu, tak v pět hodin vstávám. Tak když on odjede, tak si du ještě lehnout. Dřív jsem měla vysokej tlak, to měli i mí rodiče. Cukrovku sem dostala, když manžel byl po mrtvici, tak sem měla velkou skřípku a po tý mně zjistili cukrovku. Doktor na to nemoh přijít, nevzal mi krev na cukr, až když se mi pořád motala hlava a měla sem sucho v krku, tak ho to napadlo. Ležela sem v nemocnici, cukr sem měla šest a dvacet. O manžela se starala dcera, to měl ještě nohy. Nastěhovala se k nám na tu dobu. Bolej mě záda, protože nepoužívám zvedák, protože mě muž málem dvakrát vypad, jak nemá ty nohy. Prostě ho tahám z postele sama na ten vozejk. Ted' už sem se naučila, jak ho chytit, ale ze začátku jsem musela i na obstríky nebo mi setřičky píchaly injekce. Potom jsem jezdila i na rehabilitace, když jel manžel na dialýzu. Psychicky sem horší. Je to takový, no že ste tady sama. Manžel toho moc nenamluví, to ani dřív. To si vzal lepčí noviny, vždycky mluvil málo. To já když něco chci, tak to z něho páčím, odpovídá jo, ne, nebo řekne, že chce na záchod.

Pomáhá vám někdo z rodiny?

Dcery mi pomáhají tím, že mi vozí nákupy, někdy mě vyvezou do města, obstaraj léky. Ta starší zařizuje papíry, když to je potřeba. Zatím se starám já, no kdyby bylo potřeba, tak by to snad zvládly. Nejtěžší je ta hygiena a záchod. Ta starší když de táta na záchod, tak uteče, kdyby musela, tak ho taky obstará. Ta mladší ta jo, tý si i táta řekne. Když mi nebylo jednou dobře, tak tu byla a starala se o nás oba. Celou péči dělám jinak já, sestřičky sem jezdí na cvičení. Škoda, že nám pani doktorka tu rehabilitaci dala jen jednou tejdne, když cvičil třikrát, víc mně pomoh a já se sním tak nemusela tahat.

Co by Vám v péči pomohlo?

Já sem přemejšlela, kdyby byla nějaká služba, že by ho jako odvezli, vykoupali a zase přivezli. Já ho tady do tý koupelny nedostanu do sprchy. Ted' má tady ten vývod (do

v. subclavia), tak se bojím, abych mu to nenamočila. Snad by mu ho po dialýze zalepily tak, aby ho mohli osprchovat, aby se odmočil celý.

Měla jste před péčí nějaké záliby?

V práci sme měly bezvadnej kolektiv i když sem dělala se samejma ženskejma. Když měla některá z nás narozeniy nebo svátek, tak sme se jednou za měsíc po práci sešly a oslavily to společně. Mohly sme bejt v práci nebo sme šly někam posedět. Táta chodil občas s chlapama na pivo. Ted' si s kolegyněma voláme a to je i hodina a půl.

Co Vám při pečování nejvíce schází?

Říkám, dokud se můžu starat, tak to je ještě dobrý. Akorát to, že ste tady sama. Děti sice přijdou na chvíli, musej do práce, učit se, tak toho času taky moc nemaj. Manžel se večer dívá na televizi. Moc toho nenamluví. Když mu řeknu, co se děje, tak se trochu zasměje nebo mě opraví. Zájem má, když se bavíme s holkama o něčem z jeho rodiště. To eště de, ale pak je člověk sám tady. Když sem byla ve městě, tak když on jel na dialýzu, tak sem měla půl dne pro sebe a mohla sem se třeba sejít s kolegyněma, co sou v důchodu. No, tady si připadám furt sama.

Využila jste někdy respitní péči, tzn. potřebovala jste někdy manžela pohlídat?

Zatím sem manžela nikam dávat nemusela. Nabízeli nám eldeenkua, ale manžel špatně snáší nemocnice. Během minulých dvou let sme měli pětkrát rodinnou sešlost. Chtěla sem ho dát na den na hlídání, jenže to musíte mít spoustu papírů, tak sem to vzdala. Nakonec sem požádala vás a mohla sem jet. Byla sem hrozně ráda, dyť já se nikam nehnu.

Co byste doporučila nastávajícím pečujícím?

Jestli si vezmete někoho domu, tak si připravte všechno, co ulehčí práci a hlavně, aby vám někdo moh pomoci. Zeptejte se dětí, jestli budou hlídat, kdybyste chtěla jet pryč nebo i pravidelně, abyste mohla vypadnout.

Jak hodnotíte svůj život nyní proti životu před péčí?

Čtyřku, chtěli sme si užít důchod a je to takle. Když někdo říká, že by někam jel, tak říkám, jed'te, dokud můžete, protože když se pak něco stane, tak už nemůžete. Představovali sme si všechno jinak (rozplakala se).

Příloha č. 3:

Starám se o manžela, jednou, takhle navečer se mu udělalo špatně a upadl, nemohl vstát. Vůbec sem nevěděla co mám dělat, volala sem dceři, která mi řekla, ať zavolám sanitu 155. Nebyla sem schopná myslet, ale nějak jsem to dokázala. Klečela jsem u manžela a strašně se bála, že umře. Sanita přijela fakt rychle, manžela odvezli na neurologii. Tam ležel tři týdny a potom ho dali na geriatrii, jestli ho rozchoděj. Tam ležel tři měsíce, nemoh chodit, tak s ním cvičili jen na posteli, ale nepostavili ho tam. Strašně tam sešel, že jo, svaly šly pryč, zhubl přes dvacet kilo. Tam nemoh být déle než tři měsíce, tak nám pan primář řek, ať si sháníme ústav nákej, buď léčebnu nebo pečovatelák. No, tak sme si s dcerami řekly , že ho vezmem domu a nějak ho rozchodíme, on nám řek, že to je na dlouho, tak na rok, rok a půl, jestli se vůbec postaví. Uvidíme, jak to budu zvládat a že to kdyžtak potom budem řešit tím domovem. Já sem tedy přestala chodit do práce a vzaly sme ho tedy domů. Brala sem už důchod, ale chodila sem ještě do práce. Koupily sme narychlo postel, protože sme nevěděly, že na to má nárok. Sociální pracovnice nám potom na tý geriatrii řekla, na co máme všechno nárok. Na normální posteli by nemoh ležet a taky kvůli mně, abych se tak neohejbala. O tý posteli nám už řekli v nemocnici, ale to sme ji už měli koupenou. Přivezly sme si domů ještě chodítko a stolek na jídlo. Dcera šla ještě za tou sociální pracovnicí a ta jí dala kontakty na centra, se kterýma se můžeme spojit na tu rehabilitaci. Známa v práci nám doporučila vaši organizaci, že jezdily k tatínkovi a byla s nima spokojená, tak mi dala číslo na vás. Tak hned jak manžel přijel domů, jsem volala vaši organizaci a přijela pani vrchní udělat obhlídku co a jak bude potřeba.

Bylo to hrozný než sem si zvykla, dcery sem jezdily a pomáhaly mi. Nejhorší je to mytí, protože se neotočil, nesed si. Jen se chytnul, ale neudržel se, jak byl zesláblej, tak sem ho musela tahat já. Ty první dva měsíce sem byla nervově zničená. Neuměla sem si to vlastně představit, když ste během dne na všechno sám, musíte vařit, uklízet, všude všechno udělat kolem něj, tak to je hrozný. Naštěstí byl docela klidnej, že pořád nevolal. Nechtěl s náma moc komunikovat, když viděl, že něco dělám, tak byl v klidu. Než měl muž mrtvici, tak byl na operaci s kolenem a to už nebylo ono, asi se šetřil, nebyl tak aktivní, ale všechno kolem domu dělal. Předtím byl čilej, hrál nohejbal, každý den si jezdil na kole pro noviny, aby věděl, co je novýho. Každý rok sme spolu lítali k moři nebo sem s oběma dcera jela na welnes víkend. Byl společenskej, teď se všechno obrátilo naruby. Táta dřel na montážích jako dělník, pžijížděl ve čtvrtek skoro v noci. Dělal dvanáctky, no jak bylo vidět, a pak byl tři dny doma. Jezdil zpátky v pondělí příšerně brzo, stavovali se

pro něho ve vesnici už ve tři nad ránem. Nejhorší je, že s námi nemluví. To když přišla dcera, tak nechtěl někdy snít ani mluvit. Nejhorší bylo, když u nás někdo byl a chtělo se mu na velkou, tak chtěl přikrejt peřinou, že to vydrží.. Dávám si pozor, aby nebyl opruzenej, tak ho přes den nechávám jen na podložce bez plín, aby větral. Když se blíží čas, že má přijít rehabilitační, tak mě volá, abych ho šla oblíknout, stydí se.

Máte příspěvek na péči?

Hrozný je taky než obchodíte všechny úřady. Máme příspěvek na péči, ten nejvyšší. Příspěvek na péči nám většinou vyjde. Muž má suchou kůži, tak kupuju gel na mytí, to máte dvě stě osmdesát korun, podložky jedna deset korun, menalind dvě stě korun, léky, platíme chodítko. Ale jo, vycházíme, jinak toho už moc nepotřebujeme.

Jaká je vaše spolupráce s praktickým lékařem?

Nejhorší spolupráce byla s praktikem, když sem tam šla pro prášky, tak sem musela čekat. Sestra mi řekla, že mě chce pan doktor vidět i když du pro prášky manželovi, kterej je nemohoucí. Zeptal se, co chci napsat a ani se nezeptal na manžela, jak mu je. Přešli sme k jinému doktorovi, kterej chápe, že muž je doma sám a já spěchám zpátky. Byl ho i navštívit. Přestala sem jezdit autem, protože sem byla nervově špatná a netroufla sem si, tak sem všechno začala honit autobusem.

Co byste doporučila nastávajícím pečujícím?

Aby si tu péči někde zkusili, aby věděli, co to je a aby jim někdo pomáhal.

Změnil se váš zdravotní stav proti době před péčí?

Já sem vůbec nemarodila, furt pryč sem chodila do práce, někdy sme byli pryč i přes noc nebo vyráželi ve čtyři ráno, všechno sem zvládala. Co začal ležet v nemocnici, tak sem kathle dopadla, že jo, psychicky sem odrovnaná. Už od té doby, co byl muž v nemocnici. Každou chvíli vám řekli něco jinýho, nebo mně volali do práce, tak sem byla vynervovaná. Řekli, že se pánovi přitížilo, tak sem se sbalila a jela tam. Nedávno sem přechodila nachlazení, to sem byla dost vyřízená. Pak mi dali nějaký prášky na uklidnění a to mi pak vyskákala vyrážka. Bolí mě páteř, byla sem i na očním, že mám mžitky. Pani doktorka mi řekla, že mám oči v pořádku, že to je od krční páteře.

Měla jste před péčí nějaké koníčky?

Než muž onemocněl, chodily sme se ženskýma z práce na kafe, to muselo přestat. Z práce sme měli večírky, to sem taky chodila, tady sme chodili s manželem na zábavy si zatancovat, to všechno padlo. Sem tady úplně zavřená. Ted', když je muž na rehabilitaci,

tak mi kolegyně volaly, ať jdu s nima. Máme dvě dcery. Jedna bydlí ve městě a kvůli práci jsou samý školení. Jedna mi zařizuje, co potřebuju ve městě ohledně papírů a úřadů. Druhá bydlí ve vedlejší vesnici, tak se tu denně stavuje. Obě jeden den o víkendu přijedou, zeťáci vemou muže do vany, umeju ho. Dcery zatím umejou a převlíknou postel. Dřív sme grilovali a seděli venku.

Prováděli jste úpravy v bytě?

Museli sme udělat přestavbu, rušili sme pokoj pro vnoučata. Dali sme tam lino, mužovu postel a potřebný skřínky, abych měla všechno při ruce.

Jaký je váš všední den?

Ráno v šest vstávám, udělám si čaj a kafe, udělám jemu čaj do termosky, připravím mu snídani, abych měla. Začnu výměnou pytlíku, vypustím moč, co je přes noc. Donesu mu snídani, vyčistí si zuby, ale musíte mu držet tu miskou pod bradou. Pak ho umejt, převlíknout. Pak du vařit, v poledne oběd, zas ho umejt. Tak třikrát, čtyřikrát denně ho umejváte, převlíkáte. Přes tejdén ho umejvám na posteli, teď už je dobrý, že si sedne, tak mu dám nohy do lavoru na zemi. A je večer, šest, sedm hodin, jen to fiklo. Tak sem si chvíli sedla, dala si kafe nebo čaj. Chodím spát v dest, půl jedenáctý. Naštěstí na mě přes den moc nevolá, že něco chce.

Teď mi pomohlo, že je odjetej na rehabilitaci, že nemusim všechno rychle. Taký sem koupila dávkovač a léky mu připravím v neděli večer. Nejhorší je to převlíkání a pořád prádlo. Teď už se udrží sedět, ale dřív to bylo hrozný. Péči o něho sem se naučila sama. Začala sem ji dělat už v nemocnici. Kolikrát sem přišla a řekl mi, že je pokálenej. Šla sem za sestrou, ať mi dá věci, že ho umeju, buď to zvládnou nebo si ji zavolám na pomoc. Tak sem si to nacvičila už tam. Už se trochu nadzvedne, tak si můžu tu plínu vytáhnout. Ze začátku jsem pod něj dávala staré ručníky a když byly hodně špinavý, tak sem je vyhodila. Teď už to zvládáme líp.

Rozhodovala jste se pro péči dlouho?

Kdybych věděla, co to pečování obnáší, tak bych si ho vzala zase domů. Víte co, s tím člověkem žijete plno let (oči se paní zalijí slzami). Člověk nemá to svědomí jako, sme spolu čtyřicet dva roků. Protože, co sem měla dělat, že jo. Tak sem brala ze začátku neurol, doktorka mi dala prášky na nervy, nechtěla sem je brát, abych si nezvykla. Někdy to člověk bere normálně v pohodě a někdy to na vás padne a nervově ste, že vás rozhodí třeba blbost. To se vám stane několik věcí najednou jako tudle, co se mě to stalo? Prala sem, vyskočila mi hadice, v životě mi nevyskočila. Já sem šla ven utřít si šňůry, přišla sem,

plná koupelna vody, plná chodba vody. To bylo hrozný, tak sem to vytírala, všechno sem uklidila. Děkala sem šunkofleky, du mu dát jídlo a celej talíř se šunkoflekama mně spad tady na dlažbu. z ničeho nic, nechápu, jak mi moh vypadnout. Ten den sem teda řvala. Holka volala a ptala se, co mi je. Řekla sem, že nic. To máte někdy takovej den, že máte takovej skluz. Nikam nechodíte, nikam nemůžete. Třeba na mě volá sousedka, tak chvíli na ulici pokecáte, ale už říkám, že musím letět zpátky. Přišli se na muže podívat známí, co s námi kamarádili, jenže on s nima taky nemluvil. To byly rozpaky z obou stran, muž se do sebe tak uzavřel. Jediný, když přijde vnučka s klukem, on hraje fotbal jako muž dřív, tak se ho zeptá, jak hráli a to je všechno. Bojí se být sám, přitom dřív jezdil po montážích, ležel v Německu s úrazem měsíc v nemocnici a všechno zvládnul.

Já sem byla celej život v obchodě. Někdy sme vyráželi ve čtyři ráno, někdy sme byli pryč celou noc. Ze začátku, když mi kolegyně zavolaly, jak se mám, tak se mi to tady (pozn. autorky ukazuje na krk) sevřelo a nemohla sem vůbec mluvit. Nedokázala sem se udržet nebrečet, klepal se mi hlas. Bylo mi až pak trapně, že sem nedokázala do toho telefonu mluvit. Ted' už to kapku polevilo a jsem ráda, že si voláme.

Byli sme zvyklí se o svátcích a narozeninách scházet tady na zahradě. Ted' už o to ani nestál, ale zeťáci ho dali na vozejk a vzali ven, tak byl rád. Chtěli sme kolem domu opravit chodníky, tak ted' už se neudělá nic. Když něco potřebujete, musíte volat zetě, taky nechcete furt otravovat. Ale dcery říkaj, ať vždycky zavolám, že to nějak uděláme, hodně mi pomáhaj. Je to hrozný, nervy hrajou, je to na roky. Kdyby si aspoň na tom vozejkku na ten záchod dojel, strašně by se mi ulevilo, ale on se bojí, že spadne. V nemocnici musel spadnout, protože dvakrát co sme přišly, byl po rukách a nohách samá modřina, ale nechtěl, abysme někomu něco říkaly. Ted' neřekne, že ho něco bolí, bojí se, aby nemusel do nemocnice.

Dcera mi nakupuje, ale někdy si hned nevzpomenu na všechno, tak sednu na kolo a jedu aspoň do toho krámu mezi lidi, podívat se co maj. Vydrží doma sán hodinu a půl až dvě, ale chce vědět v kolik přijedu. To víte sem nervozní, aby se mu něco nestalo nebo abych se nezdržela. Hrozně se bojí.

Jednou sem musela na vyšetření pod narkozou a zrovna jedna dcera byla služebně pryč a druhá byla v práci sama a nemohla hlídat. Tak sem si dohodla, že manžela odvezla služba do jednoho zařízení tady nedaleko a odpoledne zas přivezla. Dcera mě dovezla do nemocnice, letěla do práce a odpoledne zase mě vezla z nemocnice zpátky. No nebyl tam spokojenej, posadili ho tam do křesla a nevšímali si ho. Uvidim, až budu pečovat dlouho,

jestli bych někam třeba na týden jela. Spíš bych ho dala někam do ústavu, než aby mi cizí člověk tady hospodařil nebo bych se domluvila s dcerami, jestli by to tady zvládly s tátou. Ale musela bych na ten ústav slyšet chválu, aby tam vydržel.

Jakou známkou byste ohodnotila svůj život proti životu před péčí?

Ted' bych dala životu čtyřku. Protože ste opravdu uvázaná doma. Ještě, že máme zahradu, že můžu jít ven. Je to strašná psychická zátěž, protože víte, že to je do smrti. Muž se strašně stydí, že je na vozejčku, že se podělává a že má hadičku. Vyvezla bych ho třeba po vesnici, ale nechce, úplně se zasek.

Příloha č. 4:

Starám se o maminku, příští měsíc jí bude devadesát dva roků. Před třemi lety prodělala mozkovou příhodu. V nemocnici ležela tři týdny a potom tři měsíce v léčebně dlouhodobě nemocných. Byla schopna sama chodit, chtěla za každou cenu k sobě domů, tak jsme to zkusily. Já, protože jsem již deset let v důchodu, tak jsem k ní denně chodila opečovávat, sestra jezdila taky, ale musela dojíždět vlakem. Já jsem zajišťovala doktory, nákupy a úklid, sestra vařila a vozila jí jídlo. Jednou jsem se jí snažila dovolat, ale snad třikrát mi to nebrala. Rozjela jsem se za ní a našla ji sedět ve dveřích WC, protože upadla. Nic se jí nestalo, ale bála se vstát, že třeba bude mít něco zlomeného. Nemohla jsem ji zvednout, nejdříve jsem jí dala malou židličku, na kterou jsem ji vytáhla a potom už s její pomocí jsem ji postavila. Zavolala jsem sestru s manželem, kteří přijeli a sestra řekla, že si vezmou babičku k sobě, že je vymalovanej pokojíček. V péči se střídáme, já tam pravidelně dojíždím, spím tam a o babičku pečuji. Asi před rokem mi úplně zkolabovala ve sprše, zůstala úplně ležet, nemohli jsme ji naměřit ani tlak. Hned jsme volali záchranku, odvezli ji na neurologii a ve dvě v noci ji přivezli zpátky.

Za měsíc se stalo to, že se nemohla pohnout a naříkala, že jí je špatně. Švagr zavolal sanitku, která ji odvezla, mohla jsem jet s ní. Dovezli ji na neurologii, kde diagnostikovali slabou mrtvici. Pani doktorka si mě zavolala a řekla, že u starých lidí už se nedá nic jiného čekat. Tam v té nemocnici se babička cítila velice špatně, že nám dvakrát volali, že se máme přijít s babičkou rozloučit, že můžeme přijít kdy chceme, i v noci. Všichni si mysleli, že to babička nepřežije. Její stav se ale trochu zlepšil a my se měli rozhodnout, jestli babičku dáme do léčebny. Chtěly jsme na nějakou rehabilitaci, aby trochu zesílila, ale pani doktorka nám řekla, že jediná léčebna, že rehabilitace nepřichází v úvahu. Tak jsme se na sebe se setrou podívaly, tak dobře, vemem ji domu. Vrátili ji asi za tři týdny s tím, že bude úplně ležící. Byla v dost zoufalém stavu, nepohnula se, měla hadičku a na kostrči proleženinu. Genitál měla po hygienické stránce v dost zoufalém stavu, asi počítali, že zemře.

Taky dost zhubla. Ukázala ste nám, jak se otáčí, posunuje, jak se mění plíny, jak se obléká. Vůbec sme nevěděly, jak jí obléknout tričko. Musela ste nám říct, jaký krémy, jaký mejdla, co všechno na hygienu. Ukázala ste nám, jak vypouštět moč ze sáčku, jak ho vyměňovat. Dokonce, když se pokálela, tak ste tady zrovna byla a ukázala nám, jak ji co nejjednodušeji a při tom bezvadně umýt a co namazat na zadek. Tou pěnou jak se to čistí, to člověk vůbec nevěděl.

Začala pomalu jíst a dávala sme ji dost pít brčkem. Za ty tři neděle, co vlastně nevstala, to svalstvo úplně odešlo a ty ruce to byly jen visící vaky. Ještě než přišla babička domů, tak švagr s vámi konzultoval, co bude potřeba. Doporučila ste nám polohovací postel, záchůdek, plíny a plno dalších věcí. Trvalo asi tři týdny, než sme ji posadili, napřed sme ji vyrolovávaly na tý posteli jen trochu, aby jen tak viděla. To bylo dobrý, že sme ji mohly líp krmit, protože v leže se krmí dost špatně. Postupně sme dělaly takový věci, jako jí umyly vlasy, ostříhaly vlasy, po dlouhý době si vyčistila zuby. Ano, maminka má ve dvaadevadesáti letech svoje zuby. Výhoda byla to, že babička jedla a jedla, až se začala zaplňovat. Začaly problémy se stolicí, zatím to bylo pořád do plín a měla taky zácpu. Dala jsem jí jen poloviční počet kapek proti návodu a potom to začlo. Bylo otstrašný. Jen jsem seděla a čekala a uklízela to, co z babičky šlo. To už nechci zažít. Jednou jsme ji se sestrou vzala každá pod paží a přetáhly na gramofon, takže seděla na záchodě. Pořád sme u ní musely stát. To se jí zalíbilo, protože měla čisto v plínách. Naučily sme ji chodit na tu velkou stranu. Problém byl v tom, že si to neuměla říct, takže kdykoli sme ji posadily na ten záchůdek, tak třikrát denně, tak se to někdy zdařilo, a někdy ne. Vy ste chodila babičce ošetřovat proleženinu a cvičila sní. Jednou sme ji postavily u postele a potom k vysokému chodítku a ono to šlo. Strašně se bála, že začátku jenom stála. Tohle trvalo tak čtyři měsíce, než začala na tom chodítku trochu chodit, ale ne sama. To sme musely vedle ní stát a to chodítko jako posunovat. No a postupně se teda dostávala do takový kondice, že sme ji mohly postavit třeba k pelesti postele. Ale to všechno za dozoru a s pomocí, sama se nepostaví doteď. Když jí pomůžeme postavit, držíme ji, protože se bojíme pádu. Postupně to došlo tak, že chodí s hůlkou, v jedný ruce má hůlku a druhou rukou se nás drží.

Ted' to děláme tak, že zuby si neustále čistí v posteli, že má před sebou takový ten stoleček a plive do talíře. Takže na stolečku si čistí zuby, snídá na stolečku, svačí na stolečku. Obědvá s námi v kuchyni a to tak, že ji tam někdo dovede a odvede. Před tím, než jde z pokoje ji dáme na gramofon, takhle, no. Někdy s námi i večerí, aby nebyla sama. Z postele se dívá na televizi a dokáže i číst. Hygienu děláme tak, že ji dovedeme do sprchy, někdy dovezeme do sprchy na pojízdném vozíku. Na tom vozíku ji vyvážíme i ven, kde s naší pomocí nebo sestry chodí. Sama by nešla, to se bojí a my bysme ji ani nepustily.

V čem vás péče omezuje?

Původně sem si myslela, že babička bude ve svém bytě, má pěkný byt, který je v pořádku. A že se se sestrou budeme v tom bytě střídat, že když budeme potřebovat odejít, třeba na hodinku, tak se to načasuje, když babička spí. Ale sestra, která má manžela

a velkou zahradu, což já nemám, s tím nesouhlasila, a vzala si babičku k sobě. Já jsem se musela teda přizpůsobit. Jsem jí za to nesmírně vděčná, ale není to nejvhodnější. Já jedu do baráku jejího manžela obsluhovat svoji matku. Oni si za ten týden, co já sem tam, zařizují svoje doktory, nákupy, úřady a co zkrátka potřebují. Já přebírám péči o babičku, vařím a uklízím. Někdy jsem tam čtyři dny, jindy čtrnáct. Stane se, že musím odjet, protože mám čtyři vnoučata, mám chalupu, na kterou sem po smrti manžela zůstala sama a mám doktora a mám přátele. Takže já musím v té době, kdy já odjedu od té maminky tohle všechno stihnout. Přátele si držím, potřebuju je, tak si odpočinu. Když se to tak spočítá, tak já sem u té maminky polovinu měsíce, ne souvisle, ale podle potřeby. Zkrátka vyjdeme si takhle vstříc, někdy to ale skřípe, někdy to jde dost těžko, protože se stane, že máme obě nějakou akci, pak musí jedna ustoupit. Sestra moc krásně zpívá a chodí zpívat do sboru. To si pořád drží, i když má babičku na starosti ona. Muž ji tam odveze, jede domů a pak pro ni jede, aby babička nebyla dlouho sama. Když jedou takhle pryč, tak babička leží v posteli.

Provedli jste úpravy v bytě?

U sestry jsme předělali koupelnu, teď je s velkým sprchovým koutem, kam babičku posadíme. Maminka má svůj pokoj, který jsme připravili, ještě než přišla z nemocnice.

Jaká je spolupráce s praktickým lékařem?

S praktickým lékařem jsme velmi spokojeni, jezdí za maminkou každý dva měsíce. Předepisuje léky, předepisuje hygienické potřeby, v podstatě to, co může, předepíše. Kdykoliv by maminka potřebovala, tak by přijel. Před tím byla maminka u jiného lékaře, se kterým byla spolupráce, když maminka k němu už nedošla, špatná. Nebyl ochoten přijet na návštěvu, hygienických potřeb předepisoval málo a pro léky jsem musela každé měsíce, protože mi psal jen jedno balení. Bylo to časově strašně náročné a v čekárně sem musela čekat i tři hodiny, bylo to hrozný.

Ještě chci říct, když se s babičkou takhle bavím, tak některé věci vůbec neví. Neví, že jela sanitkou do nemocnice, neví, kde byla na oddělení. Jen si pamatuje, že ji sprchovali nějakou hadicí, teda tak to alespoň říká.

Popište svůj všední den

Tak, můj běžný den, když pečuju. Vstávám kolem sedmé a jdu se hned umýt a obléknout, abych byla připravená až babička vstane. Když se vzbudí, pomůžu jí s hygienou a oblékáním, všechno jí musím připravit, sama by si nebyla schopna udělat nic. Snídáme kolem půl deváté. Poklidím a jdu vařit oběd. Babičku dám do křesla nebo když je venku hezky, tak do křesla ven. Obědváme společně, babičku dovedeme nebo dovezeme

do kuchyně, aby byla ve společnosti. Odpoledne má svačinu a čte si, nejraději časopisy, ale ty naučné. Já peru nebo žehlím. Taky s babičkou procvičujem hlavu. Třeba jí řeknu, ať vysvětlí, jak se co vaří nebo aby zazpívala písničku. Po večeri ji sprchuju a ukládám do postele, ráda se dívá na televizi. Takto to vypadá, že je babička čilá, ale je třeba si uvědomit, že sama by ani nedokázala vstát z postele, natož si připravit jídlo nebo jen natočit vodu.

Co vám v péči chybí, co by vám pomohlo?

Je teda fakt, aby se lidi, co ošetřují takhle ležícího člověka navzájem s takovými druhými pečujícími setkávali a aby věděli, jak se třeba třeba ošetřuje proleženina, kam se obrátit pro vložky. Jaký jídlo dávat, aby ta stolice byla upravená. Podařilo se nám stravování upravit tak, že teď chodí na tu velkou stranu pravidelně.

Takhle jak ta péče je teď, to nám vyhovuje, ale být to tak, jako když přišla z tý nemocnice, tak to bysme musely bejt už v blázinci. Jestli si chce vzít někdo do péče někoho, tak bych hlavně řekla, že ta osoba na to nemůže bejt sama. Že bude muset mít někoho, kdo ji bude střídat, že si bude muset aspoň jednou za čas někam třeba na dvě hodiny odskočit. Kdybych byla na péči sama, tak bych asi babičku někam na nějakou dobu dala, pořád bych to nevydržela. Ta psychika těch nemohoucích utrmácí toho pečujícího, já říkám, že to je jako v té pohádce, kdy si lidi odskakovali zazpívat do říše krále Miroslava. Každý si musí to rozhodnutí pečovat zvážit. Pořád si myslím, že tady by mohli pomoci v nějakém rehabilitačním ústavu. Třeba, kdybychom tam s maminkou mohly být, abych já viděla co jí dávaj jíst, kdy sní cvičej, jak s ní cvičej, jak ji podkládaj, kolik toho má sníst, jak často se má dávat na ten záchod, jak ji mám postavit, jakým způsobem, jak dlouho tam má stát. Já sem si myslela, že bych se to naučila v nějakém tom rehabilitačním ústavu pro tyhle starý lidi. My bychom to nechtěly zadarmo, já bych si to klidně zaplatila, nebo tyhle lidi maj ty dávky, tak bych je na to dala. Byla bych tam s maminkou tejdén, čtrnáct dní. Já bych jim pomohla, alespoň bych se tu péči naučila.

Maminka má příspěvek na péči, ale ten nejvyšší má krátkou dobu. Po tomhleto, jak přišla z tý nemocnice, tak jí dali těch dvanáct tisíc, protože bez péče druhého člověka by vlastně zemřela. Protože ona by neodešla z postele, nenapila by se, nenajedla, prostě nic. Chyběl nám ten nácvik. Teď přijede sestra, maminku procvičí, projde se sní. Dohodneme se, co by maminka potřebovala procvičit více.

Když sme žádali o příspěvek na péči, tak to nebyl problém. Všechno teda trvalo, než se vyřídilo. Problém sme měli ještě před tímto vším, když sme babičku vozili

k lékařům na kontroly a potřebovali sme zastavit co nejbliže ke vchodu, tedy na místech pro invalidy. Museli s ní jet dva, řidič a doprovod, který babičku vytáhl z auta a pomáhal jí o té holi pomaličku jít. Jenom jsme zastavili a už u nás byli policajti, že tam nemáme co dělat. Když jsme jim řekli, ať nám poradí, co máme dělat, když se babička sotva šourá a nedojde daleko, tak nám řekli, že si máme pořídit kartu pro parkování invalidů. No, jenže na tu, jak nám na úřadě řekli, nemáme nárok.

Jak hodnotíte svůj zdravotní stav před péčí a nyní?

Tím, jak se se sestrou střídáme, tak si můžeme svoje doktory zařídit, ale všechno musíme mít dopředu naplánované. U mě se zhoršila záda, tím, jak maminku zvedám a když se nemohla hýbat, tak jak sem u ní byla ohnutá. Péče je strašně vyčerpávající po psychické stránce, všechno opakovat, pomalu a často bez valného výsledku. Maminka ještě navíc vše bere jako samozřejmost a nedokáže ani poděkovat nebo pochválit. Někdy je obtížná i spolupráce se sestrou, přeci jen jsem v její domácnosti. Když mám babičku na starosti, tak si rozhodím spaní, protože se často budím, když maminka zavolá nebo když se jen otáčí v posteli. Naštěstí mi netrvá dýl než dva dny, kdy se v klidu vracím do normálu a spím. Dost na sebe. co se týká prevencí a lékařských prohlídek dbám, protože chci nejen dosloužit mamince, ale chci vidět, jak se daří synům a vnoučatům.

Jak hodnotíte svůj život nyní a před péčí?

Trojku. Péče, i když se naštěstí střídáme, mě hodně omezuje. Mám radost z vnoučat.

Příloha č. 5:

Pečovala jsem o maminku od osmdesáti sedmi do osmdesáti devíti let, 24 hodin denně, intenzivně. Maminka měla demenci, tu alzheimerovou. Vyžadovala, aby se s ní bylo pořád. Ona se třeba sama oblékla za pomoci. Nechodila nakoupit, neuvařila si. Když jsem jí to dala na stůl, tak to bylo v pořádku no a postupně se to zhoršovalo. Pak, asi půl roku, jsem si k ní musela sednout a počkat až se nají, zvládala to sama lžicí, že bych ji musela úplně krmit, to ne. Ležící nebyla nikdy. Chodila o holích. S mojí pomocí nebo když někdo přišel, třeba švagrová, si došla na záchod. Já sem ji tam nechala třeba pět minut, pak sem za ní přišla, řekla, mami hotovo? Pak tu hygienu, došly sme do koupelny, tam umýt, utřít. U ní se to projevovalo tak, že ona stála u umyvadla a nevěděla, co má dělat. Já, no tak mami se umej a ona jak? Takže na tom péče stála, aby s ní pořád někdo byl. Když jsem pustila vodu a dala jí mejdlo, tak to se ona umyla. Koupala jsem ji já ve sprše.

Jídlo jsem jí vařila já, žádná pečovatelská služba k nám nechodila. Jen když maminka potřebovala injekce, tak jí je chodily dávat sestřičky. Taky měla doma infuze, ale asi po šesti se jí udělalo špatně, tak jsme s doktorkou, geriatrickou vytelefonovaly, že se jí nebudou dávat. Se sestřičkami, když jí dávaly infuze, jsme byly nadmíru spokojené

Maminka měla únik moči, používala takový velký vložky. Pak, když jsem šla na operaci, tak musela do domova důchodců, kde byla do čtrnácti dnů na pemprkách. Na velkou si ze začátku došla, ale ke konci toho dvouletého období jsem přišla třeba z nákupu a bylo to všude, pomatláno a nevěděla to, to už byl ten závěr, téměř.

Slyšela a viděla dobře. Když jsem jí něco říkala, tak se tvářila tak, že rozumí, ale později někdy nevěděla. Ke konci toho společného dvouletého pobytu to bylo tak, že když jsem potřebovala odejít třeba do lékárny, tak jsem jí napsala ceduli jsem u lékaře, tak to si četla. V těch posledních měsících už ani nevěděla, že jsem ceduli na ten stůl položila. Když jsem potřeboval odejít, tak přijela švagrová nebo bratr, když to bylo na déle než na dvě hodiny. Ona hodně prospala, to už jsem měla vypozerovaný, že když jsem jí dala třeba snídani, věděla jsem bezpečně, že si lehne a bude dvě, dvě a půl hodiny spát. Tak jsem odběhla a přiběhla za půl, tři čtvrtě hodiny a tak jak jsem ji opustila, tak jsem ji našla, ani se nepohnula. Pak ke konci už hodně spala.

Pobírala Vaše maminka příspěvek na péči?

Příspěvek na péči jsem měla. S praktikem jsem vycházela dobře, vložky a pleny mně předepisoval bez problémů. Na návštěvu nebylo třeba, aby přišel. Nebydlel od nás daleko, měla jsem domluveno a když jsem potřebovala, tak sem se u něho stavila.

O maminku jsem pečovala převážně u ní doma. Já bydlím v nedalekém městě. Tak když jsem si potřebovala něco zařídit nebo svoje doktory, tak jsem ji převezla k sobě. To trvalo i den, než si uvědomila, kde je. To mi třeba řekla, jedeme domů. Pak jsem to dělala tak, že jsme byly na místě nejméně deset dní, protože ten přesun jí nedělal dobře. Byla dezorientovaná. Ona měla potom obrácený režim. Nejhorší bylo, že já jsem se pak nevyspala. Ona jak přes den spala, tak v noci málo, během noci vstávala.

Jaký byl dle Vašeho úsudku nástup péče?

To pečování nastalo rychle. Začlo to tak, že se postavila ke sporáku a nevěděla, jak se vaří to jídlo. Já sem jí říkala, jak to mohla zapomenout. Ona nevěděla jak se to dělá, tak už se k tomu sporáku nepostavila. Od toho dne to datuju. Snad přesně dva roky, než šla do toho penzionu, že já sem šla na operaci. Do toho penzionu šla proto, že já sem věděla, že se tři měsíce nepostavím na nohu. Tam se její stav zhoršoval a tam taky zemřela.

Maminka byla před tou demencí skvělá, skvělá, zájem o všechno. Vařila, uklízela si byt, kromě nákych velkých úklidů. Došla si pro základní nákup, uvařila si. Pak ty dva roky už vůbec nevěděla, která bije. Že bysme šly někde do obchodu, to ne. Někdy měla světlejší chvíli a řekla mi, že je ráda, že se o ni starám. Nebo když přišel někdo na návštěvu a řekl, ty buď ráda že se o tebe stará, tak to ano, to byla. Brala to tak, jak to je.

Když jsem se o ni začala takhle starat, to mi bylo šedesát tři. Dokud ona mohla, tak mi taky vařila, to dělala moc ráda, taky zkoušela nové recepty. Pak se to prostě obrátilo a starala jsem se já. Maminka byla vdova a já jsem sama. Někdy mi připadalo, že si vymýšlí. Potom jsem se nad tím zamyslela a bylo to vlastně v důsledku té nemoci, ona za to nemohla. Než jsem šla na tu operaci a starala jsem se, ani mě nenapadlo, že bych ji dala do domova důchodců, i když mě všichni přemlouvali. Říkala jsem, tak uvidíme, až budou nějaký příznaky, tak to budem řešit. To koleno bylo rozhodující, já jsem už jednou operaci odřekla, že jo, na tu se rok čeká, protože to ještě šlo. Ale za rok už mě to tak bolelo, že jsem musela nastoupit. Po operaci jsem za ní o berlích chodila každý den, proto jsem si ji dala do domova kousek od sebe. Říkala jsem jí, že až se uzdravím, bude to jako dřív. Ale pak se stalo, že někdy, i čtyři návštěvy za sebou, neotevřela ani oči, natož aby se mnou komunikovala.

Jaká byla vaše profese a jaké jste měla zájmy, udržela jste si je?

Maminka i já jsme pracovaly ve školství. Kvůli tomu kolenu jsem měla omezený společenský život už před tím, pak se to ještě zhoršilo, skoro uřalo. Ráda čtu, ale tím, jak jsem byla stále nevyspalá, tak jsem u knížky hned usnula. Třeba, když jsme měli sraz ze

základní školy, tak přijel bratr a s tou matkou ty čtyři hodiny byl. To bylo asi tak pětkrát do roka. To se musí někde projevit, když ty lidi začnou takhle pečovat, pokud nevyužijou nějaké služby. To když jsem se ze začátku jenom před matkou zmínila, tak to vůbec. A jen můj takový osobní pocit já si přeci nepojedu na vejlet a někdo cizí se mi bude starat o matku. Já to měla v sobě takhle nastavený, já vím, že to třeba nebylo to pravý ořechový, že ty služby dneska jsou. Třeba kamarádka dala tchyni na deset dní tady do penzionu, pani tam byla spokojená, a odjedou si na dovolenou.

Než maminka onemocněla tak, že vyžadovala péči, tak jsme spolu byly hodně často, třeba i půl roku na chalupě. Už tenkrát se mě bratr ptal, co budu dělat, až se mamka zhorší. Věděla jsem vždycky, že se oni budu snažit postarat. Nevadilo mu, že bych ji někdy dala do domova.

Jak jste získala informace o tom, jak pečovat?

Když se mamčin stav takhle zhoupl, tak jsem oslovila praktického lékaře, co mám dělat a ten řekl, zkuste geriatrii. Tak jsem tam zašla, řekli ano, sem patří, tam ji udělali první test, určili diagnózu. Dali jí nějaký prášky, vybavili brožurkami, že jsem si to jako načetla. Věděla jsem tak, jak pečovat i o těch různých službách. Nebo z osobního rozhovoru s doktorkou i setrou. Koupili jsme jí s bratrem zvedací postel z vlastních prostředků. To nás ani nenapadlo, že bysme o to žádali. Ještě jsme obstarali zvýšené sedátko na záchodě.

Změnil se Váš zdravotní stav během péče?

Během pečování se mi stoprocentně zhoršilo koleno, no a na náladě to nepřidá. Nejhorší byly ty noci, já jsem byla za ty dva roky totálně nevyspalá. Když to vezmete, tak já bez ní byla během těch dvou let čtyři noci, to byla v nemocnici. Když teď vím, co péče obnáší, pečovala bych určitě o maminku znova. Akorát bych se domluvila líp s bratrem, aby mě vystřídal třeba jednou týdně na noc. Nebo třeba jednou za dva měsíce pár dní na odpočinek a vydechla si, tak by to bylo lepší. V tomhle bodě, bych to řešila trochu jinak. Největší potíže při pečování mi dělalo to nevyspání. Heleďte, to byla péče o matku, tak když bylo něco s tím WC, tak to k tomu patří, nad tím jsem ani nepřemýšlela, nevadilo mi to.

Jak byste hodnotila svůj život před péčí a nyní?

Asi trojku. Pečovala jsem o maminku ráda, s láskou. Všechno má své ale, tady to je nemožnost mít vlastní život.